

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS

TATIANA DE CARVALHO PASQUALI

**IMPUTABILIDADE E DOLO NA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO:
UMA INTERFACE ENTRE O DIREITO PENAL E A PSIQUIATRIA**

Porto Alegre
2023

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

TATIANA DE CARVALHO PASQUALI

**IMPUTABILIDADE E DOLO NA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO:
UMA INTERFACE ENTRE O DIREITO PENAL E A PSIQUIATRIA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Criminais pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Área de concentração:

Orientador: Prof. Dr. Lucas Spanemberg

Porto Alegre

2023

Ficha Catalográfica

P284i Pasquali, Tatiana de Carvalho

Imputabilidade e Dolo na Síndrome de Münchhausen por Procuração: uma interface entre o Direito Penal e a Psiquiatria / Tatiana de Carvalho
Pasquali. - 2023.
115 f.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências
Criminais, PUCRS.
Orientador: Prof. Dr. Lucas Spanemberg.

1. Síndrome de Münchhausen por Procuração. 2. Fabricação de sintomas. 3.
Imputabilidade penal. 4. Culpabilidade penal. 5. Transtorno Factício. I.
Spanemberg, Lucas. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pela autora.

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

TATIANA DE CARVALHO PASQUALI

**IMPUTABILIDADE E DOLO NA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO:
UMA INTERFACE ENTRE O DIREITO PENAL E A PSIQUIATRIA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do
grau de Mestre em Ciências Criminais pelo Programa de
Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Spanemberg

Aprovada em: XXX de XXXX de 2023

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. LUCAS SPANEMBERG – PUCRS – Orientador

Prof. Dr. ALFREDO CATALDO NETO – PUCRS

FABIO ROBERTO D'AVILA – PUCRS

RESUMO

A Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) é uma condição psiquiátrica rara e grave, caracterizada pela fabricação ou indução de sintomas em outra pessoa, geralmente um filho. A condição também é conhecida como Abuso Médico Infantil, Transtorno Factício Imposto a Outro ou simplesmente *Münchhausen por Proxy*. Tem consequências físicas e psicológicas graves para a vítima, bem como implicações legais e sociais significativas para o perpetrador. Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura existente sobre a Síndrome de Münchhausen por Procuração, abordando os aspectos clínicos, legais e psicossociais da síndrome, e discutir as implicações desses aspectos para o diagnóstico, tratamento e prevenção da SMP. A metodologia desta pesquisa consiste numa revisão sistemática da literatura científica, com busca em bases de dados eletrônicas como PubMed e outros, utilizando-se termos relacionados à Síndrome de Münchhausen por Procuração. Foram incluídos artigos de revisão, estudos de caso e estudos epidemiológicos publicados nos últimos 73 anos. A prevalência exata da Síndrome de Münchhausen por Procuração é desconhecida, já que muitas vezes é subnotificada e mal diagnosticada. No entanto, estudos sugerem que pode afetar até 1% das hospitalizações pediátricas. Os resultados da revisão indicaram que a Síndrome de Münchhausen por Procuração é uma condição rara, mas potencialmente fatal, difícil de diagnosticar, pois os sintomas são geralmente vagos e inespecíficos, a requerer a exclusão de outras condições médicas. Além disso, o diagnóstico muitas vezes depende da detecção precoce da síndrome e da identificação do padrão de comportamento do perpetrador. A literatura também destaca a importância de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da SMP, envolvendo equipes de saúde mental, pediatras, assistentes sociais e advogados. A revisão ainda aborda as implicações legais e psicossociais da SMP para a vítima, a família e o perpetrador. Os cuidadores que se envolvem nesse comportamento podem enfrentar acusações de abuso e negligência infantil, tentativa de homicídio e até de homicídio. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem prevenir danos físicos e psicológicos graves para a vítima e ajudar a interromper o comportamento do perpetrador. No entanto, é preciso maior conscientização e treinamento entre os profissionais de saúde e a sociedade em geral para melhorar a detecção e prevenção da Síndrome de Münchhausen por Procuração.

Palavras-chave: **Síndrome de Münchhausen por Procuração; Fabricação de sintomas; Imputabilidade penal; Culpabilidade penal; Transtorno Factício.**

ABSTRACT

Münchhausen Syndrome by Proxy (MSBP) is a rare and serious psychiatric condition characterized by the fabrication or induction of symptoms in another person, usually a child. The condition is also known as Child Medical Abuse, Factitious Disorder Imposed on Another, or simply Münchhausen by Proxy. This syndrome can have serious physical and psychological consequences for the victim, as well as significant legal and social implications for the perpetrator. The objective of this work is to review the existing literature on Münchhausen Syndrome by Proxy, addressing the clinical, legal, and psychosocial aspects of the syndrome, and discussing the implications of these aspects for the diagnosis, treatment, and prevention of Münchhausen Syndrome by Proxy. The methodology of this research was carried out through a systematic review of scientific literature, with searches on electronic databases such as PubMed and others, using terms related to Münchhausen Syndrome by Proxy. Review articles, case studies, and epidemiological studies published in the last 73 years were included. The exact prevalence of Münchhausen Syndrome by Proxy is unknown, as it is often underreported and poorly diagnosed. However, studies suggest that it can affect up to 1% of pediatric hospitalizations. The results of the review indicated that MSBP is a rare but potentially fatal condition that requires careful attention from healthcare professionals. The syndrome can be difficult to diagnose as the symptoms are usually vague and nonspecific. Additionally, diagnosis often depends on early detection of the syndrome and identification of the perpetrator's behavior pattern. The literature also highlights the importance of a multidisciplinary approach to MSBP treatment, involving mental health teams, pediatricians, social workers, and lawyers. The review also addresses the legal and psychosocial implications of MSBP for the victim, family, and perpetrator. Caregivers who engage in this behavior can face charges of child abuse and neglect, attempted murder, and even murder. Early diagnosis and adequate treatment can prevent serious physical and psychological harm to the victim and help to stop the perpetrator's behavior. However, greater awareness and training among healthcare professionals and society in general are needed to improve detection and prevention of Münchhausen Syndrome by Proxy.

Keywords: Münchhausen Syndrome by Proxy; Manufacture of symptoms; Criminal Imputability; Criminal Culpability; Factitious disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
CID-X	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EUA	Estados Unidos da América
FBI	Federal Bureau of Investigation
GBMI	Guilty But Mentally Ill
IPF	Instituto Psiquiátrico Forense
MSBP	Münchhausen Syndrome by Proxy
NGRI	Not Guilty by Reason of Insanity
SMP	Síndrome de Münchhausen por Procuração
STJ	Superior Tribunal de Justiça

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	9
	OBJETIVOS.....	12
	Objetivo Geral	12
	Objetivos Específicos	12
	JUSTIFICATIVA.....	12
	METODOLOGIA	12
	RECURSOS	13
	HIPÓTESES	13
1	A SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
1.1	DEFINIÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	14
1.2	QUADRO CLÍNICO DA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO	19
1.3	PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO....	29
1.4	OS SUJEITOS-PARTE NA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO	29
1.4.1	O Perpetrador.....	30
1.4.2	A Vítima	36
1.4.3	O Médico	37
1.5	A MORBIDADE E A MORTALIDADE.....	38
1.6	A INTERFACE DA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO COM O DIREITO	38
2	CASOS REAIS DE SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO NOS EUA E BRASIL	40
2.1	GYPSY ROSE BLANCHARD (VÍTIMA) X CLAUDDINE BLANCHARD (PERPETRADORA) - GREENE COUNTY, MISSOURI, EUA.....	40
2.2	E.B.S. (VÍTIMA) X K.B. (PERPETRADORA) – PORTO ALEGRE/BRASIL.....	52
2.3	JULIE GREGORY (VÍTIMA) X SANDY SUE SMITH (PERPETRADORA) - EUA	57
3	A DOCTRINA E JURISPRUDÊNCIA SOBRE DOLO E CULPABILIDADE	65
3.1	CONCEITO DE CRIME.....	65
3.2	A TIPICIDADE OU TIPO PENAL	66
3.2.1	Elementos do Tipo.....	69
3.2.1.1	<i>Objetivos</i>	<i>69</i>
3.2.1.2	<i>Subjetivos</i>	<i>70</i>
3.2.2	Formas de adequação típica	70
3.2.2.1	<i>Adequação direta</i>	<i>70</i>
3.2.2.2	<i>Adequação indireta</i>	<i>71</i>
3.2.3	Causas excludentes de tipicidade.....	71

3.3	DOLO	72
3.3.1	Elementos do dolo	72
3.3.2	Teorias do dolo.....	73
3.3.2.1	<i>Teoria do consentimento ou da aprovação</i>	<i>73</i>
3.3.2.2	<i>Teoria do assentimento (ou indiferença)</i>	<i>73</i>
3.3.2.3	<i>Teoria do conhecimento.....</i>	<i>73</i>
3.3.2.4	<i>Teoria da representação.....</i>	<i>74</i>
3.3.2.5	<i>Teoria da probabilidade</i>	<i>74</i>
3.3.3	Espécies de dolo	74
3.3.3.1	<i>Dolo direto.....</i>	<i>75</i>
3.3.3.2	<i>Dolo direto de segundo grau</i>	<i>75</i>
3.3.3.3	<i>Dolo eventual.....</i>	<i>75</i>
3.3.3.4	<i>Preterdolo</i>	<i>75</i>
3.4	CULPABILIDADE	76
3.4.1	Teorias da Culpabilidade.....	76
3.4.1.1	<i>Teoria psicológica da culpabilidade.....</i>	<i>77</i>
3.4.1.2	<i>Teoria psicológico-normativa da culpabilidade</i>	<i>77</i>
3.4.1.3	<i>Teoria normativa da culpabilidade.....</i>	<i>78</i>
3.5	A PERÍCIA PSIQUIÁTRICA	79
3.6	IMPUTABILIDADE PENAL	86
3.7	O LIVRE-ARBÍTRIO	88
4	INTERFACE ENTRE DIREITO PENAL E PSIQUIATRIA NA SUA RELAÇÃO COM A SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO.....	90
4.1	ANÁLISE DOS CASOS APRESENTADOS NO CAPÍTULO 2.....	94
4.1.1	Gypsy Rose Blanchard (Vítima) X Claudine Blanchard (Perpetradora)	96
4.1.2	E.B.S. (Vítima) X K.B. (Perpetradora).....	98
4.1.3	Julie Gregory (Vítima) X Sandy Sue Smith (Perpetradora).....	101
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS.....	105

INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve como objetivos gerais a caracterização da Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP), uma compreensão mais aprofundada de sua etiologia, dos critérios diagnósticos, bem como a análise das implicações jurídico-penais.

As razões que nos motivaram a realizar este estudo são o caráter incomum da SMP, sua recente descrição e a falta de conhecimento e treinamento adequados por parte de médicos e profissionais do direito para o reconhecimento, tratamento e prevenção da síndrome.

A Síndrome de Münchhausen por Procuração, oficialmente denominada Transtorno Factício Imposto a Outro, é um quadro que ocorre quando um cuidador (o perpetrador) fabrica ou induz sinais, sintomas e doenças naqueles sob seus cuidados, geralmente uma criança, mas também podendo ser um idoso ou qualquer pessoa vulnerável, independente da idade. Esse perpetrador, em geral, é a mãe, mas também pode ser um profissional da saúde ou simplesmente um cuidador da criança.

A expressão "abuso infantil"¹ refere-se a um conjunto de ações ou comportamentos prejudiciais e nocivos direcionados a crianças por parte de adultos ou cuidadores responsáveis por seu bem-estar. Esse termo abrange uma ampla gama de comportamentos que causam dano físico, emocional ou psicológico à criança, comprometendo seu desenvolvimento saudável e seu bem-estar geral.

No contexto da Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP), o abuso infantil ocorre quando o cuidador, muitas vezes a mãe ou outro responsável, deliberadamente fabrica, induz ou exagera sintomas de doenças ou lesões em uma criança sob seus cuidados. Isso pode envolver a administração de substâncias tóxicas, a manipulação de exames médicos ou o encorajamento dos sintomas para obter atenção médica desnecessária ou tratamentos invasivos.

O abuso infantil na SMP é particularmente insidioso, pois envolve a exploração da vulnerabilidade da criança para satisfazer as necessidades emocionais ou psicológicas do perpetrador. Em vez de agir para proteger e promover o bem-estar da criança, o cuidador está deliberadamente causando danos, o que pode ter consequências muito danosas e duradouras para a saúde física e mental da criança.

Portanto, a expressão "abuso infantil" quando relacionada à Síndrome de Münchhausen por Procuração refere-se ao comportamento prejudicial e negligente do cuidador que coloca a criança em risco físico e emocional, minando sua saúde e segurança.

¹ No contexto da Síndrome de Munchausen por Procuração, esta expressão nada tem a ver com abuso sexual.

Os perpetradores da SMP geralmente são pais ou cuidadores que buscam atenção e compaixão por meio da simulação de doenças em seus filhos ou pessoas sob seus cuidados. Eles muitas vezes apresentam uma história de doenças crônicas ou graves em si mesmos, ou em membros da família, e podem ter experiência em trabalhos relacionados à saúde, como enfermagem ou medicina.

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura científica, sem delimitação no tempo de busca, aplicando-se os descritores Síndrome de Münchhausen by Proxy e Síndrome de Münchhausen por Procuração. As bases de dados utilizadas restringiram-se àquelas que disponibilizavam artigos e livros em texto integral. Os critérios de inclusão foram artigos que continham as palavras Münchhausen by Proxy e Münchhausen por procuração no título.

Assim com a Síndrome de Münchhausen, a Síndrome de Münchhausen por Procuração também é notória por sua natureza, mas de ocorrência rara e de difícil diagnóstico. Envolvem a fabricação de uma lesão ou doença para si mesmo ou para outrem (por procuração). Ambas as condições são precursoras de morbidade e mortalidade importantes e geram consequências psiquiátricas graves a médio e longo prazo.

Um dos motivos que problematizam a compreensão e identificação dessas síndromes, especialmente pelos leigos, é porque é difícil acreditar que uma pessoa desejaria parecer doente ou fazer um ente querido parecer e estar doente. Todavia, aos médicos cabe melhor preparação para lidar com essas síndromes quando encontrados seus indícios, reconhecendo-as precocemente, juntamente com as equipes multidisciplinares, que devem ser treinadas para tal fim.

Uma possível vantagem para a equipe médica é a ampla oportunidade para diagnosticar tais sinais, pois o paciente e/ou suas vítimas buscarão atenção médica por seus sintomas sistematicamente.

Com o reconhecimento da existência dessa síndrome ocorreu notório passo no esclarecimento de pelo menos metade das mortes súbitas em crianças, de modo que, hoje em dia, sabe-se estarem relacionadas à presença da Síndrome de Münchhausen por Procuração. Os critérios diagnósticos do DSM-V, porém, são aplicados ao perpetrador e não à vítima do abuso infantil. Os pediatras costumam fazer a identificação do quadro como Abuso Infantil (quadro identificado na criança e não no perpetrador).

Um alerta, então, deverá ser ligado sempre que a equipe médica se deparar com mães que apresentaram, elas próprias, histórico de Síndrome de Münchhausen, quadro que poderá ter sua continuidade através da procuração. Sabe-se que os perpetradores da SMP geralmente são

pais ou cuidadores que buscam atenção e compaixão por meio da simulação de doenças em seus filhos ou pessoas sob seus cuidados. A vítima na Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) é geralmente uma criança ou um adulto vulnerável que está sob os cuidados do perpetrador.

O diagnóstico, portanto, da Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) pode ser um desafio, pois envolve a observação cuidadosa dos sintomas apresentados pela vítima, a história médica e comportamental do perpetrador e uma série de exames médicos para descartar outras condições médicas. Ao mesmo tempo, o diagnóstico precoce da SMP é essencial para proteção da vítima, de maneira a evitar procedimentos médicos desnecessários invasivos e potencialmente prejudiciais à sua saúde, a permitir, então, uma intervenção psicológica precoce da vítima e do perpetrador, para aquela receber tratamento médico adequado e reduzir o risco de danos físicos e psicológicos.

A interface da Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) entre o Direito, a Medicina e a Psiquiatria engloba a proteção da vítima e a responsabilidade criminal do perpetrador. A SMP é considerada uma forma de abuso infantil e pode ser enquadrada em vários crimes previstos no Código Penal brasileiro, como lesão corporal, homicídio, abandono de incapaz e tortura. Nos Estados Unidos, a responsabilidade criminal do perpetrador da Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) é tratada de acordo com a legislação penal de cada estado e é considerada uma forma de abuso infantil, podendo ser enquadrada em vários crimes, como lesão corporal, homicídio, abuso infantil e fraude médica. Nos Estados Unidos, o sistema é bastante ágil em determinar o afastamento da criança do perpetrador, além de restringir a guarda e visitas até que o caso esteja esclarecido.

Apresentamos com detalhes três casos de Síndrome de Münchhausen por Procuração, um deles paradigmático, que terminou em homicídio, virou série da *Netflix*, e estampou a capa de inúmeros meios de comunicação, ocorrido nos EUA em 2015.

Por fim, fazemos uma análise destes casos com base na doutrina legal vigente no Brasil.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a abordagem jurisprudencial e doutrinária sobre a imputabilidade envolvendo o diagnóstico do transtorno de Münchhausen por Procuração no direito penal norte-americano e brasileiro.

Objetivos Específicos

- 1) Revisar o conceito da SMP em seus aspectos históricos e atuais, particularmente quando existe o óbito da vítima ou do perpetrador;
- 2) Verificar dados de prevalência da síndrome de Münchhausen por Procuração na jurisprudência no Brasil;
- 3) Avaliar a abordagem do direito penal sobre a Síndrome de Münchhausen por procuração em relação à imputabilidade penal;
- 4) Verificar casos paradigmáticos no direito penal brasileiro sobre a abordagem da SMP em casos envolvendo a morte de vítimas, analisando a qualidade das análises realizadas e propondo contribuições para futuras abordagens.

JUSTIFICATIVA

Este estudo se mostra extremamente relevante tanto para o Direito quanto para a Psiquiatria devido: à escassez de pesquisas e trabalhos na área no Brasil e à dificuldade em reconhecimento dessa Síndrome, tanto pelas equipes de saúde quanto pelos operadores do Direito, retardando-se às vezes anos a identificarem-se casos como SMP, resultando em graves sequelas às crianças vítimas do abuso, ou, não raro, no óbito da criança, como a consequência mais grave.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica e estudos de casos judiciais.

RECURSOS

Foram utilizados apenas recursos didáticos, materiais, pesquisas online e acesso a bibliotecas.

HIPÓTESES

- 1) A SMP é rara e de difícil diagnóstico, com prevalência subestimada.
- 2) Há dificuldade no reconhecimento da SMP na área médica e jurídica.
- 3) A SMP não acarreta inimizabilidade.

1 A SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 DEFINIÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

O termo Münchhausen² vem sendo usado na Medicina desde 1951, quando Richard Alan John Asher (1951) passou a se referir a pacientes que reiteradamente procuravam serviços médicos relatando sinais e sintomas falsos, por eles criados ou aumentados, confundindo médicos e induzindo-os à realização de inúmeros tratamentos e investigações desnecessários, chamando o quadro de Síndrome de Münchhausen (ABELN; LOVE, 2018).

Foi, todavia, o pediatra britânico Roy Meadow (1977) quem descreveu a Síndrome de Münchhausen por Procuração pela primeira vez, em que o perpetrador geralmente é a mãe, mas pode ser um cuidador da criança. Caracterizava-se como uma extrema e grave forma de abuso infantil, haja vista que essas mães deliberadamente induziam e inventavam sintomas e doenças nas crianças, levando-as a uma desnecessária investigação médica (ABELN; LOVE, 2018; ARTINGSTALL, 2016).

Alguns pacientes produzem consistentemente falsas histórias e fabricam evidências, causando a eles próprios investigações e cirurgias hospitalares desnecessárias. Aqui são descritos pais que, por falsificação, causaram a seus filhos inúmeros procedimentos hospitalares prejudiciais – uma espécie de síndrome de Münchhausen por Procuração (MEADOW, 1977, p. 343, tradução nossa).

Meadow recorreu a um quadro primeiramente descrito em adultos. Em 1951, Richard Asher, um psiquiatra britânico introduziu a denominação síndrome de Münchhausen para definir um grupo de pacientes que fabricavam histórias clínicas com falsos sintomas e absurdas evidências sobre enfermidades, submetiam-se a múltiplas investigações médicas, operações e tratamentos desnecessários, mesmo correndo risco de morte (SILVA; PRISZKULNIK, 2013, p. 156, tradução nossa).

[...] é uma síndrome na qual os perpetradores prejudicam uma criança sob seus cuidados ou atingem o dano através de sua insistência em exames médicos e tratamentos para condições inexistentes, fabricadas ou exageradas. O abuso pode continuar por algum tempo e, às vezes, esse abuso resulta na morte da criança (LANGER, 2009, p. 219, tradução nossa).

Apesar de esse Transtorno ser conhecido historicamente por Síndrome de Münchhausen, também é conhecido por outras terminologias, como Desordem Factícia autoimposta e Desordem Factícia imposta a outro, ou Doença fabricada. A terminologia médica

² Em homenagem a Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von Münchhausen, conhecido mentiroso que viveu entre 1720 e 1797.

é a utilizada atualmente pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais³ (DSM-5⁴, 2014) da Associação Psiquiátrica Americana (APA): o Transtorno Factício Autoimposto (Síndrome de Münchhausen) e Transtorno Factício Imposto a Outro (Síndrome de Münchhausen por Procuração), que no DSM-4 se chamava Transtorno Factício por Procuração (ABELN; LOVE, 2018).

A Síndrome de Münchhausen faz parte “[...] das síndromes de engano em que um indivíduo vagueia de médico em médico, patologicamente, a mentir e simular doença para obter tratamento e/ou internação hospitalar” (BYARD, 2009, p. 100, tradução nossa). O diagnóstico requer a demonstração de que o indivíduo está agindo de maneira sub-reptícia para falsear, simular ou causar sinais ou sintomas de doença ou lesão na ausência de recompensas externas

³ Ver Matos, Matos e Matos (2005, p. 1-4). “O DSM é um manual diagnóstico e estatístico, que foi adotado pela APA e que se correlaciona com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-106, da Organização Mundial da Saúde (OMS). No ano de 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do ‘Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais’ (DSM-I), e as edições seguintes, publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV), foram revistas, modificadas e ampliadas, e em maio de 2013 foi editada a última versão do DSM-V. O DSM-III (1980) foi o mais revolucionário de todos e tornou-se um marco na história da psiquiatria moderna – a expressão doença mental foi substituída por transtorno mental, e houve uma hierarquização dos diagnósticos. E em 1987, com a publicação do DSM-III-R, esta hierarquia foi abolida, e o manual passou a incentivar a feita simultânea de dois ou mais diagnósticos num mesmo paciente, surgindo, assim, o conceito de comorbidade, em psiquiatria, que foi confirmado pelo DSM-IV. O uso do DSM-IV é limitado e trouxe também inúmeras desvantagens. A primeira delas diz respeito ao próprio sistema, que produziu uma excessiva fragmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais. Assim, muitos pacientes precisam receber simultaneamente inúmeros diagnósticos, já que os sintomas ultrapassam os limites rígidos, propostos pelo manual. Por isto, a comorbidade dentro de um eixo (ou de vários deles) passa a ser quase sempre a regra, e não a exceção. Ambos os sistemas diagnósticos – DSM-IV e CID-10 – são nosográficos e têm por objetivo listar e classificar os transtornos mentais, mas não substituem o exercício da clínica. O modelo destes sistemas, que é denominado categorial, se opõe, em contrapartida, a um outro, dito dimensional, como veremos em seguida. O modelo categorial admite, no seu bojo, a inclusão de entidades comórbidas. O modelo dimensional ganhou força, neste século, principalmente com os estudos de Kretschmer & Akiskal, que se basearam no pensamento de Platão e na visão holística do homem. Eles descrevem a doença mental como sendo uma disfunção única, que se expressa de forma variada. Assim, no modelo dimensional, ao contrário do anterior, a depressão e a ansiedade são consideradas a expressão de uma mesma e única patologia. Isto nos remete ao conceito de spectrum”.

⁴ Publicada em maio de 2013, a 5ª edição enfrentou diversas críticas devido às suas fragilidades epistemológicas e à abordagem reducionista na identificação de diagnósticos. Pesquisadores de todo o mundo, como Pignarre, Roudinesco, Phillips, Paris, Sadler, Hacking, Horwitz, Conrad, Braunstein e outros, levantaram objeções sólidas a esse modelo. O DSM-V apresentou mudanças estruturais/organizacionais, modificações nos critérios de diagnóstico e novas categorias, gerando controvérsias. Apesar de ser considerado um resumo aceitável do conhecimento atual sobre transtornos mentais, é necessário abordar questões-chave que ainda não foram resolvidas, como: – Identificar sistematicamente as fraquezas nos critérios que podem gerar falsos positivos; – Diferenciar risco de transtorno; – Incluir contexto nos critérios de diagnóstico; – Esclarecer como lidar com limites difusos; – Melhorar as diretrizes para diagnósticos “outros especificadores”. Embora o DSM-V tenha sido amplamente estudado em universidades e grupos de pesquisa, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ainda é o sistema de classificação obrigatório fora dos Estados Unidos.

óbvias (DSM-5)⁵. Tal comportamento enganoso do Transtorno Factício não depende da presença de recompensas externas e não pode ser explicado pela presença de outro transtorno.

A condição é uma forma de abuso infantil, rara, e apresenta dois componentes, a vitimização da criança e os motivos do perpetrador, que em regra é a mãe, de difícil diagnóstico, muitas vezes até despercebida (SANDERS; BURSCH, 2002).

Uma adequada definição para Síndrome de Münchhausen por Procuração (ou Transtorno Factício Imposto a Outro) é a que diz que o comportamento (no Transtorno) “[...] é uma ação ou inação por um ofensor em direção a si ou sobre uma pessoa que é vulnerável⁶ e está sob os cuidados ou custódia de outro, e o comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental” (ARTINGSTALL, 2016, p. 12, tradução nossa). Quando Artingstall diz “[...] em direção a si...” está se referindo à Síndrome de Münchhausen. E essa definição caracteriza a pessoa que falsifica, inventa sinais e sintomas, físicos ou psicológicos ou induz lesões em si própria ou em outrem (ARTINGSTALL, 2016; COIMBRA, 2007; MEADOW, 1977).

Na Síndrome de Münchhausen por Procuração, oficialmente⁷ denominada de Transtorno Factício Imposto a Outro, temos “[...] a criança como a vítima do perpetrador, ou seja, aquela em que um cuidador fabrica ou induz doenças na criança que está sob seus cuidados [...]” (MEADOW, 1977 *apud* SILVA; PRISZKULNIK, 2013, p. 157, tradução nossa). Esse perpetrador pode ser a mãe (na maioria das vezes) ou pode ser um profissional da saúde, ou simplesmente um cuidador da criança (BYARD, 2009; ARTINGSTALL, 2016).

⁵ Ver DSM-5 (2014, p. 326): “Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico - Indivíduos com transtorno factício autoimposto ou transtorno factício imposto a outro correm o risco de sofrer grande sofrimento psicológico ou prejuízo funcional ao causar danos a si mesmo e a outros. Familiares, amigos e profissionais da saúde também são muitas vezes afetados adversamente por esse comportamento. Transtornos factícios têm semelhanças com transtornos por uso de substância, transtornos alimentares, transtornos do controle de impulsos, transtorno pedofílico e alguns outros transtornos relacionados tanto à persistência do comportamento quanto aos esforços intencionais de ocultar o comportamento perturbado por meio de fraude. Enquanto alguns aspectos dos transtornos factícios representariam comportamento criminoso (p. ex., transtorno factício imposto a outro, no qual as ações do pai ou da mãe representam abuso e maus-tratos a um filho), esse comportamento criminoso e a doença mental não são mutuamente excludentes. O diagnóstico de transtorno factício enfatiza mais a identificação objetiva da falsificação de sinais e sintomas de doença do que uma inferência acerca da intenção ou da possível motivação subjacente. Ademais, esses comportamentos, incluindo a indução de lesão ou doença, estão associados à fraude”.

⁶ Esta pessoa vulnerável pode ser um adulto, um idoso. Ver artigo de Pascoal Jr. *et al.* (2018), no qual os autores enfatizam que a violência é uma questão ética, especialmente considerando o grande número de ocorrências que afetam populações vulneráveis, como crianças, mulheres e idosos. Eles também discutem a correlação entre violência na infância e a ocorrência de psicopatologias e os critérios para a re-experiência traumática. Os autores destacam a importância de prestar atenção às relações entre crianças e adultos no ambiente familiar e à ocorrência de violência contra os idosos.

⁷ Pelo DSM-5 (2014).

A motivação para esse quadro não é clara e existem várias especulações, tais como a necessidade de ser o centro da atenção, um rancor contra médicos e hospitais, um desejo pelo uso de medicamentos, fugir da polícia, obter alimentação e hospedagem gratuitas, dentre outras (ASHER, 1951; MYDLO; MACCHIA; KANTER, 1997; BYARD; BEAL, 1993).

Pessoas com a síndrome (os perpetradores) parecem quase sempre lúcidas e coerentes, portanto, aptas para assinar qualquer consentimento informado para realizar procedimentos e cirurgias. Esse comportamento supostamente muito convincente leva a equipe médica a realizar procedimentos e cirurgias que são verdadeiras iatrogenias. Os perpetradores em regra resistem a fazer avaliação e acompanhamento psiquiátrico (MYDLO; MACCHIA; KANTER, 1997; LANGER, 2009).

Esse transtorno representa “uma forma incomum, mas potencialmente fatal, de abuso infantil⁸: a Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP)”, sendo, ademais, um “ [...] quadro pouco conhecido e pouco diagnosticado” (SILVA; PRISZKULNIK, 2013, p. 156; MEADOW, 1977; 1982). Negligência, violência física e violência sexual são as três principais formas de abuso infantil, e é na forma da violência física que se encaixa a SMP (TELLES, 2015).

Inicialmente, esse comportamento peculiar da Síndrome de Münchhausen por Procuração era visto como um diagnóstico médico e foi utilizado (na maioria das vezes em vão nos EUA) como uma alegação de inocência por insanidade nos tribunais. Hoje em dia é visto como um comportamento criminoso (pelo menos nos EUA), de modo que a metodologia do Transtorno Factício por Procuração é uma série crônica de atos encobertos de abusos, em que as ações do perpetrador “[...] são vistas como atos deliberados de abuso intencional, pois eles utilizam outras pessoas ou coisas sobre as quais eles têm total controle” (ARTINGSTALL, 2016).

Devido às variações na apresentação e psicopatologia dos perpetradores, a condição conhecida como Síndrome de Münchhausen por Procuração / Doença Factícia por Procuração não parecia satisfazer os critérios para aceitação como uma síndrome médica distinta, afirmaram Fisher e Mitchell (1995). Portanto, recomendaram aos pediatras abandonar o diagnóstico de Síndrome de Münchhausen por Procuração ou Doença Factícia por Procuração

⁸ Um marco importante na questão de abuso infantil foi a promulgação da Lei *Child Abuse Prevention and Treatment Act* em 1974 nos EUA, que visava a proteção das crianças vítimas de maus-tratos infligidos pelos progenitores ou outros responsáveis pela sua guarda. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2017-title42/html/USCODE-2017-title42-chap67.htm>. Acesso em: 09 jan. 2023.

e, em vez disso, diagnosticar a(s) doença(s) ou condição(ões) médica(s) fabricada(s) ou induzida(s) que encontrarem. O papel do psiquiatra ou psicólogo é definir e diagnosticar a psicopatologia que leva ao comportamento do perpetrador. Os termos Síndrome de Münchhausen por Procuração e Doença Factícia por Procuração devem ser restritos a ocorrências em que um perpetrador tem a síndrome de Münchhausen ou doença factícia eles próprios e manifesta sua psicopatologia através da criança. Essa redefinição esclarece o papel dos pediatras e psiquiatras e está livre de pressuposições embutidas.

Roy Meadow (1995) publicou um artigo no qual fez uma reflexão sobre o uso do termo ‘transtorno factício por procuração’ e se deve ser aplicado ao abusador ou ao próprio abuso. Embora haja algumas vantagens em aplicar o termo ao perpetrador, como identificar uma possível causa e solução, há também perigos, incluindo a possibilidade de as autoridades dependerem muito de diagnósticos psiquiátricos e avaliações do perpetrador em vez de resultados clínicos e forenses relacionados à criança. O autor recomendou reservar o termo para casos em que o perpetrador é motivado a assumir um papel doente por procuração ou outro comportamento que busca atenção, de modo que o termo pudesse ser usado para descrever uma forma de abuso em vez de ser aplicado a um perpetrador. O mais importante é que os avaliadores definam com precisão o que aconteceu com a criança, e a motivação do perpetrador poderia ser fundamental para entender e prevenir futuros abusos.

Em 2002, Roy Meadow revisou o conceito da Síndrome, e relatou a dificuldade em diferenciá-la de “[...] envenenamento intencional, infanticídio, ida patológica ao médico, ansiedade extrema dos pais ou distúrbio de pensamento dos pais” (ROSENBERG, 1987, p. 551 *apud* MEADOW, 2002, p. 502). Com a descrição e reconhecimento da existência dessa Síndrome, Meadow afirmou que inúmeros casos (pelo menos a metade), anteriormente classificados como Síndrome da Morte súbita infantil, passaram a ser identificados como envenenamento não acidental e sufocamento intencional, como dentro do contexto da Síndrome de Münchhausen por Procuração (tal reconhecimento teve como base uma pesquisa realizada no Reino Unido e na Irlanda durante um período de dois anos, conduzida por McClure, Davis, Meadow e Sibert, em 1996). Este estudo teve por objetivo determinar a epidemiologia destas três condições: Síndrome de Münchhausen por Procuração, envenenamento não acidental e sufocamento não acidental, e encontraram-se 128 notificações no período de dois anos para elas, condições (que na verdade se sobrepõem) que representavam uma incidência anual de 0,5/100.000 crianças com menos de 16 anos. Deste total de casos, 15 foram de sufocamento não acidental e 15 de envenenamento não acidental, e não estavam relacionados à Síndrome de

Münchhausen por Procuração. Do total de 128 casos, 97 eram casos de Síndrome de Münchhausen por Procuração. A mãe era a agressora em 85% dos casos. O pai constou como agressor sozinho em 6 casos. Dos 97 da SMP, a mãe era a perpetradora em 94 e suspeita em outros 2. Das 128 notificações, pelo menos 15 crianças tiveram um irmão que faleceu (18 óbitos, sendo que 5 estavam registradas como Síndrome da Morte Súbita Infantil). A idade média da criança no momento do diagnóstico era de 20 meses.

1.2 QUADRO CLÍNICO DA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO

A Síndrome de Münchhausen por Procuração é definida por Artingstall (2016) e pelo DSM-5 (2014) como a mentira associada à falsificação de sinais e sintomas médicos ou psicológicos em outras pessoas, e pelo ato de apresentar essas pessoas como se elas estivessem realmente doentes, prejudicadas ou feridas, numa ausência de recompensas externas óbvias. Suas características diagnósticas são, por conseguinte:

- Falsificar sinais ou sintomas físicos ou psicológicos ou induzir lesão ou doença em outro, associadas à mentira.
- Uma pessoa apresenta a vítima como doente, prejudicado ou ferido.
- O comportamento enganoso está presente mesmo na ausência de recompensas externas.
- O comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental.

Artingstall (2016, tradução nossa) diz que “[...] quando alguém falsifica a doença em outrem, está criando uma associação de vitimização entre si e seu objeto (a vítima)”. E que – “[...] quando esta vitimização produz um ganho tangível, como o financeiro, ela não é considerada Transtorno Factício imposto a outro” e pode ser considerada apenas uma simulação criminosa com objetivo de obter lucro. Se essa vitimização produzir ganhos intangíveis (notoriedade, elogios, melhora da autoestima, sentimento de pertencimento ambiental/situacional e outros), o perpetrador é clinicamente rotulado com tendo o Transtorno Factício por Procuração e o objeto (geralmente uma criança, pessoa idosa, ou animal de estimação) é considerado a vítima.

Coimbra (2007) coloca a Síndrome de Münchhausen por Procuração, juntamente com a negligência uterina, assim como o infanticídio, a desnutrição grave, a intoxicação voluntária, a Síndrome da Criança Espancada, como consequências físicas dos maus-tratos infantis.

Essa síndrome tem sido descrita como uma desordem familiar, visto que esposa, pais e outros não perpetradores podem fazer parte da rede de mentiras que é o cerne da vitimização da criança pelos pais perpetradores (AYOUB *et al.*, 2002).

Rosenberg (1987 *apud* SHERIDAN, 2003, p. 432) postulou as seguintes características para a Síndrome de Münchhausen por Procuração:

- Doença na criança simulada (falsificada) e/ou produzida por um dos pais ou por alguém que esteja *in loco parentis*⁹;
- Apresentação da criança para avaliação e cuidados médicos, geralmente de forma persistente, muitas vezes resultando em múltiplos procedimentos médicos;
- Negação do conhecimento pelo perpetrador da etiologia da doença da criança [pelo menos antes da descoberta do engano]; e
- Os sintomas e sinais agudos da criança diminuem quando a criança é separada do perpetrador.

No caso do Transtorno Factício, “[...] ela pode ser limitada a um ou mais episódios breves, mas geralmente é um padrão crônico e vitalício de sucessivas hospitalizações ou procura de tratamento médico”, com as seguintes características diagnósticas, segundo Artingstall (2016, p. 5, tradução nossa):

- Falsificação de sinais e sintomas médicos ou psicológicos em si mesma.
- Procura de tratamento médico seguido da indução de lesão ou doença.
- Execução de ações secretas para deturpar, simular ou causar sinais ou sintomas de doença ou lesão na ausência de recompensas externas óbvias.
- Doença pode ser falsificada e poderia incluir exagero, fabricação, simulação e indução.
- Condições genuínas preexistentes poderiam ser agravadas.

Profissionais da área da saúde começam a desconfiar que um cuidador esteja fabricando ou induzindo sintomas e doenças quando a criança é levada repetidamente a médicos e hospitais com sintomas difíceis de explicar (FISH; BROMFIELD; HIGGINS, 2005). Relataram-se as dificuldades encontradas por profissionais na Austrália, em diagnosticar, denunciar e tratar os problemas relacionados à Doença Fabricada ou Induzida por Cuidadores.

Deve-se suspeitar que um cuidador fabricou ou induziu uma doença em seu filho quando as crianças são apresentadas repetidamente a médicos ou hospitais com sintomas de uma doença incomum.

Os abusos cometidos como produtos do comportamento do perpetrador com o diagnóstico de Síndrome de Münchhausen por Procuração são difíceis de compreender, porque

⁹ *in loco parentis*, segundo o Collins Dictionary (2022): “ser responsável por uma criança enquanto seus pais estão ausentes”.

eles não são evidentes e óbvios e os seus efeitos são às vezes retardados, além disso, e o mais importante, o perpetrador é uma pessoa que historicamente não é vista como suspeita (o cuidador da vítima). Síndrome de Münchhausen por Procuração é uma metodologia de comportamento camuflada, encoberta com um benefício oculto concedido ao perpetrador (ARTINGSTALL, 2016).

Enfatiza ainda Artingstall (2016) que “A negligência infantil, devido a restrições econômicas ou tortura intencional sem um benefício direto ou indireto do ofensor na forma de maior atenção ou notoriedade não é considerada uma Síndrome de Münchhausen por Procuração típica”.

O dano causado à criança pode ser fisiológico, psicológico direto ou iatrogênico e pode ser por testes, tratamentos e internações, como resultado do diagnóstico errôneo, ou ainda pela mãe tentando desenvolver sinais e sintomas, através de envenenamento ou outras ações que ela toma para deixar a criança doente ou aparentar estar doente e que podem ser excessivas a ponto de resultar em danos permanentes à criança e até sua morte (SIGAL; GELKOPF; LEVERTOV, 1990).

Quando uma vítima morre em decorrência de determinado tratamento empregado para tratar de uma doença ou sintoma criado ou agravado pelo perpetrador com Síndrome de Münchhausen por Procuração, a causa da morte será a ação do perpetrador e não o tratamento médico empregado.

Existem quatro elementos-chave na Síndrome de Münchhausen por Procuração, apontados por Langer (2009, p. 218):

- a) a doença da criança é simulada ou produzida por um dos pais, geralmente a mãe, ou alguém atuando em um papel de cuidador
- b) a criança é repetidamente trazida para avaliação médica e tratamento
- c) o perpetrador nega qualquer conhecimento da causa da doença
- d) quando a criança e o agressor são separados, os problemas médicos cessam.

A pergunta “por que alguém fabricaria uma doença, utilizaria a vitimização ou se retrataria como um herói” deve ter a sua resposta buscada no “conhecimento contido no mundo factício da vitimização”, mundo difícil de compreender, especialmente aos olhos de um leigo (ARTINGSTALL, 2016, p. 16). Coimbra (2007, p. 19) pondera que uma das explicações para esse comportamento poderia ser a busca da figura paterna substituta, visando um reconhecimento, estabelecendo então uma relação perversa e ambivalente com a criança (de amor e ódio).

Meadow (1982) fez uma compilação e análise do caso de 19 crianças, com idade inferior a sete anos, cujas mães fabricavam sintomas, sinais e histórias fraudulentas causando desnecessárias investigações e intervenções médicas por períodos de alguns meses a quatro anos. Das 19 crianças, 17 sobreviveram. Algumas das mães tinham formação em Enfermagem e outras tinham histórico de fabricar sintomas nelas próprias. Desse estudo resultou uma lista de sinais de alerta e recomendações para lidar com os casos suspeitos. Metade das mães no estudo eram enfermeiras, a maioria não havia terminado a formação, mas detinha um certo grau de conhecimento. E sete das mães tinham histórias de Münchhausen nelas próprias (MEADOW, 1982; 2002). A Síndrome de Münchhausen deve ser considerada em toda criança com menos de seis anos cuja mãe tenha tido treinamento médico ou de enfermagem ou história de doença similar nela própria, recomenda Meadow (1982, p. 95), ademais, o quadro completo inclui:

- a) Apresenta a criança persistente ou recorrente doença que não pode ser explicada;
- b) Quadro clínico e resultados em desacordo com o estado geral da criança;
- c) Médicos dizendo nunca terem visto caso igual antes;
- d) Sinais e sintomas que não ocorrem quando a criança está longe da mãe;
- e) Quando a mãe se recusa a deixar a criança sozinha no hospital;
- f) Tratamentos que não são tolerados;
- g) Se a criança apresentar desordem extremamente rara;
- h) Uma mãe que não aparente preocupação com o quadro do filho;
- i) Convulsões que não respondem a tratamento convencional.

Meadow (2002, p. 506, tradução nossa) atualizou os critérios para o abuso decorrente da SMP:

- 1. Doença fabricada (falsificada ou induzida) pelo progenitor ou alguém *in loco parentis*
- 2. A criança é apresentada aos médicos, geralmente de forma persistente; o perpetrador (inicialmente) nega ter causado a doença da criança;
- 3. A doença desaparece quando a criança é separada do agressor;
- 4. Considera-se que o perpetrador está agindo por necessidade de assumir o papel de doente por procuração ou como outra forma de comportamento de busca de atenção.

Comparando os critérios para identificar os casos de abuso por SMP, de Meadow (2002, p. 506) com os de Rosenberg (1987, p. 548), vemos que os quatro critérios deste são iguais aos daquele, apenas com um quinto critério a mais, o da motivação do perpetrador.

Quadro 1 – Comparação dos critérios para SMP entre Rosenberg e Meadow

Rosenberg	Meadow
-----------	--------

Doença produzida ou simulada (falsificado) na criança por um dos pais ou alguém que está <i>in loco parentis</i>	Doença fabricada (falsificada ou induzida) pelo progenitor ou alguém <i>in loco parentis</i>
Apresentação da criança para avaliação e cuidados médicos, persistentemente, muitas vezes resultando em múltiplos procedimentos médicos	A criança é apresentada aos médicos, geralmente de forma persistente;
Negação pelo autor da etiologia da doença da criança	O perpetrador (inicialmente) nega ter causado a doença da criança;
Sintomas e sinais agudos diminuem quando a criança é separada do perpetrador.	A doença desaparece quando a criança é separada do agressor
	Considera-se que o perpetrador está agindo por necessidade de assumir o papel de doente por procuração ou como outra forma de comportamento de busca de atenção

Fonte: Elaboração da autora.

Postulou ainda Meadow (1982) que, ocorrendo a suspeita, a criança deverá ser separada da mãe para avaliar a persistência dos sintomas. Sinais e sintomas devem ser checados minuciosamente, traçando-se a evolução no tempo. Ajuda psiquiátrica foi vista como de pouca ajuda nessas situações pelo autor. Enfermeiras e ex-enfermeiras têm maior risco de prejudicarem a si mesmas e a seus filhos, incorrendo em excessivas investigações clínicas e cirúrgicas, a despeito de parecerem mães carinhosas e amorosas e que não demonstram ser cruéis, negligentes ou indiferentes com seus filhos. Ele alerta os médicos¹⁰, que também atuam como perpetradores de lesões danosas às crianças, já que são eles que se deixam enganar pelas mães, que solicitam inúmeros procedimentos e terapias desnecessárias e prejudiciais, colocando em risco a vida da criança.

Os fatores de suspeição (que devem acender um alerta na equipe médica quando presentes) da Síndrome de Münchhausen por Procuração, elencados por Artingstall (2016, tradução nossa), são os seguintes:

- O diagnóstico não corresponde aos achados objetivos.
- Os sinais ou sintomas são bizarros.
- Quando a vítima melhora ou uma doença específica é descartada, o cuidador ou suspeito de infração não fica aliviado e/ou feliz.
- Histórico de sintomas inconsistente aos observadores.
- O cuidador insiste em procedimentos invasivos/dolorosos e hospitalizações.
- Os sinais e sintomas ocorrem apenas na presença do cuidador.
- O(s) irmão(s) da vítima do FDP tiveram doença inexplicável ou morte.
- A vítima tem múltiplas sensibilidades a substâncias/medicamentos.
- A doença da vítima não responde ao tratamento médico normal.
- A vítima tem intolerância incomum ao tratamento.

¹⁰ A equipe médica acaba por ter uma participação ativa na perpetuação desse tipo de abuso e agressão infantil, já que é ela quem determina e realiza os procedimentos invasivos e terapêuticos desnecessários na criança.

- O cuidador solicita simpatia, doações ou benefícios publicamente atribuídos à doença da vítima.
- O cuidador ou a família do cuidador tem um extenso histórico de doença incomum.
- O cuidador tem histórico de transtornos de somatização.

Byard e Beal (1993) também corroboram o indicador de que a separação da vítima do perpetrador leva a uma melhora no quadro clínico contribuindo para o diagnóstico da Síndrome. Enfatizam também que os eventos importantes sempre ocorrem na presença da mesma pessoa, o perpetrador, e que pode haver história semelhante em outras crianças da mesma família ocorridas anteriormente, inclusive com a morte. Quando confrontada, a mãe sempre muda de hospital ou médico para não ser descoberta. A ocorrência de problemas, incluindo apneia, sempre na presença da mesma pessoa, é o fator mais importante para a equipe médica decidir instituir o monitoramento por câmeras¹¹ sem o consentimento e conhecimento do perpetrador.

Sanders e Bursch (2002) desenvolveram um interessante trabalho com o objetivo de elaborar diretrizes para avaliação forense e formulação de diretrizes dessa forma de abuso infantil. Elencaram sinais indicativos de falsificação de sintomas e doenças a serem observados por médicos que atendem as crianças vítimas do abuso:

- a) Doenças que parecem incomuns com desfecho estranho;
- b) Ocorrência de mesmo tipo de sintoma sofrido pela mãe;
- c) Falta de continuidade de cuidados;
- d) Inconsistências nos registros – sintomas relatados não correspondem aos achados objetivos, o histórico médico relatado não corresponde aos registros médicos anteriores, os diagnósticos não correspondem aos achados objetivos, o comportamento dos pais não corresponde ao sofrimento expresso ou aos relatos de sintomas, outro histórico;
- e) Outros registros relatados são determinados como falsos, os nomes e números dos registros médicos não coincidem, onde podem ser buscados indícios de falsificação – registros policiais, escolares, judiciais, depoimentos, seguro saúde, de emprego. Observar que às vezes crianças com doenças de fato pré-existentes podem ser vítimas de abuso e falsificação de doenças e sintomas;
- f) Teste da separação do provável perpetrador – se a criança melhora ao ser separada do perpetrador, é considerada uma evidência circunstancial de falsificação;
- g) Alega que o perfil do perpetrador não é suficiente para fazer a identificação de certo caso e diagnóstico. Muitos têm formação na área médica ou enfermagem;
- h) Os pais preveem deteriorações ou recaídas que seriam vistas como quase impossíveis de prever ou altamente improváveis de ocorrer;
- i) Pai visto raramente é visto ou brevemente;
- j) As mães perpetradoras pressionam para fazer vários procedimentos e tratamentos invasivos.

¹¹ Cfe. Byard e Beal (1993), 14 casos de obstrução imposta das vias aéreas foram detectados com sucesso no Royal Brompton Hospital utilizando esse sistema. Existe uma suposição de que a asfixia deliberada é responsável por 10% das SIDS (*sudden infant death syndrome* – síndrome da morte súbita infantil).

A Síndrome de Münchhausen está classificada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014, p. 310) no capítulo Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, cujas características foram reorganizadas e o diagnóstico foi reconceitualizado a partir do DSM-4, sendo a sua nomenclatura atualizada para Transtorno Factício Imposto a Outro.

Este capítulo inclui os diagnósticos de transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, transtorno factício, outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado e transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificado (DSM-5, 2014, p. 310).

Ainda segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (2014, p. 311), o Transtorno Factício não é o mais comum dentre os transtornos dessa categoria dos Transtornos Somatoformes, mas, assim como os demais, também apresenta questões relacionadas a sintomas e à percepção de doenças. Tanto que, em ambos os tipos de Transtorno Factício, existe a presença de sintomas somáticos e a suposta convicção de uma doença médica. Os dois tipos de transtorno factício definidos pelo DSM 5 (2014, p. 325) são o Transtorno Factício Autoimposto e o Transtorno Factício Imposto a Outro (antes Transtorno Factício por Procuração).

As características diagnósticas do Transtorno Factício Imposto a Outro, segundo o DSM-5 (2014, p. 325), antes denominado de Transtorno Factício por Procuração pelo DSM-IV, são:

- a) Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença em outro, associada a fraude identificada.
- b) O indivíduo apresenta outro (vítima) a terceiros como doente, incapacitado ou lesionado.
- c) O comportamento fraudulento é evidente até mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
- d) O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Nota: O agente, não a vítima, recebe esse diagnóstico.

Especificar: Episódio único, Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de falsificação de doença e/ou indução de lesão).

Ainda quanto às características diagnósticas do Transtorno Factício descritas pelo DSM-5 (2014, p. 326) temos que:

A característica essencial do transtorno factício é a falsificação de sinais e sintomas médicos ou psicológicos em si mesmo ou em outro associado à fraude identificada. Indivíduos com transtorno factício também podem buscar tratamento para si mesmos ou para outro depois da indução de lesão ou doença. O diagnóstico requer a demonstração de que o indivíduo está agindo de maneira sub-reptícia para falsear, simular ou causar sinais ou sintomas de doença ou lesão na ausência de recompensas externas óbvias. Os métodos de falsificação de doença podem incluir exagero, fabricação, simulação e indução. Se uma condição médica preexistente estiver presente, o comportamento fraudulento ou a indução de lesão fraudulenta associada à fraude faz outras pessoas verem esses indivíduos (ou outros) como mais doentes ou comprometidos, o que pode levar a intervenções médicas excessivas.

Autores diversos estimam que exista uma prevalência muito maior dessa síndrome devido à subnotificação e ausência de diagnóstico por desconhecimento e despreparo das equipes de saúde.

Na Classificação Internacional de Doenças – CID X (1992, p. 17), existem duas desordens que foram incluídas na 10ª edição que não estavam presentes na 9ª edição, a

- Elaboração de sintomas físicos por razões psicológicas (codificada por F 68.0)
- Produção intencional ou simulação de sintomas ou deficiências, seja físico ou psicológico [transtorno factício] (codificada por F 68.1) - Na ausência de um distúrbio físico ou mental confirmado, doença, ou deficiência, o indivíduo finge sintomas repetidamente e consistentemente. Para sintomas físicos, isso pode até se estender à auto infligência.

Quanto mais tempo o diagnóstico demorar a ser feito, maior risco a vítima está correndo, inclusive podendo culminar com a morte. A fim de “[...] reduzir a morbidade e mortalidade ocasionada por procedimentos médicos desnecessários, a intervenção psiquiátrica precoce é crucial” (MYDLO; MACCHIA; KANTER, 1997, p. 201).

A atuação do perpetrador/agressor em relação à vítima, seja seu filho ou não, é de ocasionar lesão corporal na maioria das vezes grave, podendo inclusive resultar em morte. A pessoa do perpetrador terá sua conduta tipificada como um delito criminoso, de lesão corporal, seguida ou não de morte, mesmo a despeito de ter sido considerada portadora de transtorno mental.

Em muitos casos clínicos, na prática, observou-se que a equipe médica só percebeu a hipótese dessa síndrome quando a mãe, com um filho já falecido por esse motivo¹², chegou para atendimento hospitalar com um segundo filho nas mesmas condições do anterior.

¹² Muitas vezes não descoberto pela equipe médica, o que só ocorre quando essa mãe busca atendimento ao seu segundo filho.

No entanto, a falta de características bem definidas, o fato de ser uma “síndrome”, a questão de ela ser atribuída ao perpetrador¹³ e não à sua vítima têm levado muitos tribunais a declarar que a Síndrome de Münchhausen por Procuração não pode ser uma doença mental ou transtorno psiquiátrico, mas apenas um tipo de comportamento (BYARD, 2009, p. 101). Ainda em relação a essa dúvida, Byard (2009, p. 101, tradução nossa) questiona:

[...] ‘quem exatamente está sofrendo de MSBP?’ – o indivíduo criando o engano (o componente Münchhausen), ou a vítima (o procurador)? A realidade é que nenhum sofre de MSBP, uma vez que se refere a um conjunto particular de circunstâncias ao invés de um diagnóstico.

Para alguns autores, a síndrome não é um transtorno e não é uma doença, como postularam Fisher e Mitchell (1995), dizendo não concordarem com a premissa da maioria dos psiquiatras, segundo a qual existe uma doença e os perpetradores são portadores da Síndrome de Münchhausen e manifestam a sua patologia através de seus filhos, já que apenas uma minoria deles parece ter a Síndrome de Münchhausen. A Desordem Factícia é um termo puramente descritivo sem qualquer base etiológica. Os autores levantam a questão se a Síndrome de Münchhausen por Procuração ou Desordem Factícia por Procuração é uma doença pediátrica ou psiquiátrica, alegando ser relevante o parecer de quem faz o diagnóstico para esclarecer essa questão. Seria, segundo eles, a terminologia “síndrome” enganosa, e uma definição aceita seria um agrupamento de sintomas e sinais recorrentes no tempo. E, no caso da síndrome por Procuração, não existiria um acervo de sintomas nem na vítima nem no perpetrador. A conclusão desses autores é a de que:

[...] a Síndrome de Münchhausen por Procuração ou doença factícia por Procuração só deve ser reservada para aquelas raras ocorrências quando um perpetrador claramente tem a síndrome de Münchhausen ou doença factícia e, por várias razões psicodinâmicas individuais, manifesta-se esta psicopatologia através de seu filho ou filhos (FISHER; MITCHELL, 1995, p. 533, tradução nossa).

Fisher e Mitchell (1995) concluíram seu trabalho pontuando que a síndrome em questão não satisfaz os critérios para ser aceita como uma síndrome médica devido à ampla variação na apresentação dos sintomas e psicopatologia do perpetrador. Os autores recomendam que os pediatras abandonem esse diagnóstico e passem a identificar as doenças ou condições médicas específicas fabricadas ou induzidas pelos pais na criança, restringindo o diagnóstico de

¹³ Fato que acaba gerando confusão e levando a certo descrédito quanto à presença ou não de um transtorno psiquiátrico, sobre quem é a vítima, sobre quem é o doente, sobre quem tem culpa pelos danos que a criança vem sofrendo.

Síndrome de Münchhausen apenas para os casos em que esta condição é apresentada por um dos pais, ele próprio detentor do transtorno.

Sanders e Bursch (2002, p. 120-123) propuseram as seguintes etapas no manejo adequado do caso e tratamento:

- 1) criação de uma equipe de tratamento que inclua proteção à criança;
- 2) a colocação em lar adotivo geralmente é indicada para garantir a segurança total da criança quando necessário;
- 3) reunificação – em trabalho de McGuire e Feldman (1989), que seguiram 6 crianças vítimas da Síndrome de Münchhausen por Procuração, cinco continuaram a ser abusadas após serem encaminhadas para serviços de proteção à criança e todas as seis continuaram a ser abusadas durante e após o agressor ter participado de psicoterapia;
- 4) visitação – a maioria das crianças tem forte apego aos pais, mesmo quando abusadas por eles. Especialmente para crianças mais velhas, o contato com os pais pode ser terapeuticamente útil ao longo do tempo se a criança estiver em psicoterapia regular. Se houver progresso parcial ou nenhum progresso na terapia, a reunificação não é recomendada;
- 5) cuidados de saúde da criança envolvendo os pais, mesmo que não tenham a guarda;
- 6) a criança frequenta as aulas regulares em tempo integral;
- 7) Psicoterapia Infantil;
- 8) Psicoterapia para o abusador e cônjuge;
- 9) acompanhamento de Serviços Sociais de Longo Prazo.

McNicholas, Slonims e Cass (2000) enfatizam a necessidade de diferenciar sintomas reais de sintomas inventados e fornecem recomendações para a avaliação e diagnóstico de SMP. O diagnóstico de condições raras, como a depressão pós-parto, requer avaliação cuidadosa por uma equipe multidisciplinar, incluindo histórico de desenvolvimento detalhado, habilidades parentais, funcionamento cognitivo dos pais e qualquer outro sinal psicopatológico.

Segundo Rosenberg (1987, p. 561), o tempo longo decorrido entre o início do quadro de abuso infantil e a sua descoberta é decorrente do fato de que a SMP não é nem cogitada em termos de diagnóstico diferencial e, quando isso ocorre, o quadro é evidenciado rapidamente.

1.3 PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Ferrara *et al.* (2013) encontraram uma taxa de prevalência de 0,53% para a Síndrome de Münchhausen por Procuração, dentre 751 pacientes analisados, hospitalizados na unidade pediátrica do Hospital Agostino Gemelli em Roma entre 2007 e 2010.

Já Artingstall (2016) e Unal *et al.* (2017) citaram uma taxa de incidência de 0,4 para cada 100.000 crianças menores de 16 anos, e de 2 a cada 100.000 para menores de 1 ano. O DSM-5 (2014) estima uma prevalência para o Transtorno Factício de 1%, sem diferenciação entre o transtorno imposto a si ou a outrem.

Ayoub *et al.* (2002) estimaram que houve seiscentos casos de Síndrome de Münchhausen por Procuração nos EUA em 1996 perpetrados por envenenamento e asfixia. Denny *et al.* (2001) afirmaram que ocorreram 18 casos por ano na Nova Zelândia resultando uma taxa de 2/100 mil crianças. Meadow (1994) diz que, no Reino Unido, houve cinquenta casos por ano. Segundo um estudo australiano, estimou-se naquele país uma taxa anual de 15 a 24 casos (TAIT *et al.*, 2004). A Síndrome de Münchhausen por Procuração envolve 0,04% dos casos de abuso infantil, segundo Abeln e Love (2018).

1.4 OS SUJEITOS-PARTE NA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Em recente trabalho, Melo, Dias e Aguiar (2022) fizeram uma síntese na qual elencaram as características das vítimas, motivação do perpetrador, sinais e sintomas da Síndrome de Münchhausen por Procuração. Tais resultados demonstraram que a maioria das vítimas tinha até 12 anos de idade, o perpetrador principal era a mãe¹⁴, mas também poderiam ser profissionais da saúde, e os sinais e sintomas apresentados pelas vítimas costumavam ser inespecíficos e intermitentes.

Artingstall (2016) pondera que os critérios para diagnóstico do Transtorno Factício e Transtorno Factício por Procuração são idênticos, com uma exceção: sempre que uma pessoa, independentemente de ter ou não o Transtorno Factício, utiliza-se de outra para assumir o papel de doente, as ações se tornam parte do Transtorno Factício por Procuração e são consideradas atos de abuso criminal. E a presença do Transtorno por Procuração vai depender do estudo de todo o contexto que envolve a vítima para se demonstrar o comportamento do perpetrador.

¹⁴ Essas mães em grande parte tinham histórico de abusos e transtornos emocionais, conforme detectado por Melo, Dias e Aguiar (2022).

Como o comportamento do perpetrador é pautado pela dissimulação das suas ações criminosas e pela premeditação que acompanha a vitimização crônica (em série), ele não deve ser considerado mentalmente doente para ter a sua responsabilidade aliviada. A premeditação e o planejamento são necessários para efetivamente ofender cronicamente a vítima, pois, caso o perpetrador não tenha capacidade de entender e distinguir o comportamento aceitável e inaceitável, o abuso do Transtorno Factício por Procuração não será perpetrado de forma disfarçada e enganosa. “O abuso com um fator do Transtorno Factício por Procuração em um ambiente médico é uma imposição contínua de dor à vítima” (ARTINGSTALL, 2016, p. 308).

Roy Meadow (1984) descreveu um quadro que veio a chamar de Epilepsia Fictícia, após realizar um estudo com 32 crianças e quatro adultos que foram extensivamente investigados devido a falsas convulsões, inventadas ou induzidas por um dos pais, geralmente a mãe, levando a hospitalizações desnecessárias, tratamentos e limitações nas atividades e educação. O autor destacou o perigo de esse comportamento anormal persistir na vida adulta e a relação entre a epilepsia fictícia e outros tipos de abuso infantil e ataques de apneia. O texto ainda mencionou a preocupante relação entre a epilepsia fictícia, ataques de apneia induzidos e a morte súbita de bebês, e a importância de se excluir a possibilidade de danos causados pelos pais em casos de ataques de apneia recorrentes ou múltiplas mortes de bebês.

1.4.1 O Perpetrador

O perpetrador é um dos pais ou um cuidador que falsifica história, sinais ou sintomas na criança para satisfazer suas próprias necessidades psicológicas (AYOUB *et al.*, 2002).

Silva e Priszkulnik (2013) também descrevem como sendo a mãe o perpetrador em mais de 90% dos casos de Síndrome de Münchhausen por Procuração, alegação corroborada por outros autores (MEADOW, 1977; 1982; BYARD, 2009; ARTINGSTALL, 2016; UNAL *et al.*, 2017).

Yates e Bass (2017) publicaram extenso trabalho de revisão de 796 casos de abuso infantil compatíveis com a Síndrome Münchhausen por Procuração, extraídos da literatura a partir de 1965.

Quase todos os agressores eram do sexo feminino (97,6%) e a mãe da vítima (95,6%). A maioria era casada (75,8%). A média de idade do cuidador na apresentação da criança foi de 27,6 anos. Perpetradores foram frequentemente relatados como profissionais da área da saúde (45,6%), ter tido complicações obstétricas (23,5%) ou ter histórico de maus-tratos na infância (30%). O mais comum diagnóstico psiquiátrico registrado foi transtorno factício imposto a si mesmo (30,9%), transtorno de personalidade (18,6%) e depressão (14,2%) (YATES; BASS, 2017, p. 45, tradução nossa).

Segundo ainda Hall *et al.*, 2000 (*apud* YATES; BASS, 2017, p. 45),

Os perpetradores de MCA¹⁵ exageram, falsificam, simulam ou induzem ativamente doenças em crianças para convencer os pediatras de que a atenção médica é necessária. Nesses casos, ‘a história médica detalhada dos pais, que é a ferramenta mais valiosa do médico no diagnóstico da maioria das doenças, é invalidada’.

Os perpetradores, via de regra, não têm intenção de matar ou mutilar as crianças, mas a sua conduta costuma colocar em risco a integridade da saúde das crianças, inclusive ocasionando sua morte (YATES; BASS, 2017).

Em relação ao perfil do perpetrador/agressor da Síndrome de Münchhausen por Procuração, Melo, Dias e Aguiar (2022, p. 8, tradução nossa) elaboraram a seguinte relação de características:

- 1 Idade média de 30 anos.
- 2 Mulher negligenciada pelo marido.
- 3 Profissão ligada à área da saúde.
- 4 História de violência doméstica e/ou gravidez indesejada e/ou abuso de álcool.
- 5 Membro de famílias onde ocorriam abusos.
- 6 Vítima de abuso sexual e maus-tratos quando criança.
- 7 Diagnóstico de personalidade histriônica.
- 8 Sentimentos de inadequação.
- 9 Alta probabilidade de transtorno de ansiedade, depressão e esgotamento.

Unal *et al.* (2017, p. 673, tradução nossa) faz uma síntese dos três grupos de mães:

[...] indutoras ativas, buscadoras de ajuda e viciadas em médicos. Indutores ativos exageram as doenças de seus filhos; buscadoras de ajuda usam as crianças para evitar problemas sociais, como violência doméstica e casamento infeliz; as viciadas em médicos são as mais desconfiadas e paranoides.

Quanto à motivação que leva o perpetrador/agressor a criar todos os sinais e sintomas na sua vítima, é bem mais complexo e difícil de caracterizar. Melo, Dias e Aguiar (2022, p. 9) elaboraram, com base em sua revisão, uma lista com oito motivações para justificar seus atos.

- 1 Atrair e manter atenção da equipe médica.
- 2 Interagir com a equipe médica.
- 3 Enganar figuras de autoridade como os médicos.
- 4 Manter proximidade com a criança vítima.
- 5 Ganhar benefícios financeiros.
- 6 Adquirir reconhecimento como cuidador carinhoso.
- 7 Atender suas necessidades psicológicas, como sentir-se bem por ter a criança tratada como doente.
- 8 Obter benefício moral como atenção, simpatia e apoio por ter a criança reconhecida como a mais doente.

¹⁵ MCA é usado pelos autores desse artigo como abreviatura para *Medical Child Abuse* (abuso médico infantil).

Em estudo de Bools, Neale e Meadow (1994, p. 782, tradução nossa), 47 mães perpetradoras foram analisadas,

72% tinham histórias de transtorno somatoforme ou factício, 21% tinham história de uso indevido de substâncias, 55% tinham histórias de comportamentos autodestrutivos (ou seja, corte, overdose de medicação), e 89% tinham um transtorno de personalidade.

Melo, Dias e Aguiar (2022, p. 9) elencaram um rol de itens relacionados ao comportamento do perpetrador/agressor que podem indicar a presença da Síndrome, são eles:

1 Apresenta alto nível de preocupação com os resultados de investigações que não corresponde ao dos profissionais de saúde. 2 Busca a opinião de uma ampla gama de profissionais, apesar de possuir várias garantias de que a vítima está bem. 3 Tenta manter uma relação próxima com os profissionais de saúde, mas pode tornar-se defensivo e argumentativo se seus pontos de vista são desafiados. 4 É resistente a fornecer informações sobre a etiologia da doença. 5 Recusa em informar o contato de familiares e de amigos. 6 Apresenta-se muito relutante em fornecer acesso ao registro médico anterior. 7 Está próximo e tem muito envolvimento no cuidado da criança. 8 Demonstra avidez para submeter a vítima a procedimentos dolorosos, invasivos ou incomuns. 9 Contesta opiniões ou achados clínicos e não responde como esperado quando os sintomas melhoram ou o diagnóstico é descartado. 10 Busca publicidade ou solicita doações devido à ‘doença rara’ da criança. 11 Relata repetidamente novas manifestações clínicas observadas na criança. 12 Leva a criança repetidas vezes para atendimento em ambientes médicos. 13 Desmarca certas consultas médicas com frequência. 14 Insiste em mais investigações clinicamente injustificadas, encaminhamentos, continuação de ou novos tratamentos. 15 Faz objeção à comunicação entre os profissionais da saúde que atendem a vítima. 16 Manifesta queixas vexatórias frequentes sobre profissionais da saúde que atendem a vítima. 17 Impede a criança de sair sozinha. 18 Muda a vítima repetidamente de escola, de médico de saúde primária ou de equipe pediátrica. 19 Relata dramaticamente sinais que desafiam a compreensão clínica ou psiquiátrica convencional. 20 Prevê a progressão incomum dos sintomas ou a resposta incomum ao tratamento. 21 Relata sinais e sintomas que não são observados fora do ambiente em que ocorrem. 22 Relata catástrofes exageradas ou lutos inventados ou outros problemas familiares. 23* Falsifica sinais e sintomas físicos e/ou psicológicos. 24* Induz lesão ou doença na vítima. 25* Apresenta a vítima aos outros como doente, deficiente ou ferida. 26* Apresenta comportamento enganoso mesmo sem recompensa externa. 27* Apresenta comportamento inexplicável para outro transtorno mental. *São os critérios diagnósticos considerados no DMS-5 (2014).

Os perpetradores tendem a ter um comportamento impulsivo, imprevisível e são instáveis em seus relacionamentos (FRANCO *et al.*, 2020, p. 58). Quando uma pessoa cria, falsifica, inventa sintomas e/ou doenças em outrem ela é quem recebe o diagnóstico de Transtorno Factício Imposto a Outro (Síndrome de Münchhausen por Procuração) e a vítima deve receber um diagnóstico de abuso, maus-tratos (DSM-5, 2014, p. 326).

Esses casos não podem ser confundidos com aqueles nos quais a mãe ou o cuidador simula doenças para ter um benefício financeiro, por exemplo.

Sheridan (2003) demonstrou em seu levantamento de 451 casos de Münchhausen por Procuração que 76% dos perpetradores eram as mães biológicas das vítimas e 6,7% eram o pai. Em 14,2% dos casos o perpetrador detinha experiência em cuidados de saúde (emprego ou treinamento, sendo enfermeiro o cargo mais comum) e 29,3% dos perpetradores tinham a Síndrome de Münchhausen ou algumas características. Em 5,10% dos casos o perpetrador havia sido condenado pelo seu comportamento e 21% deles tinham histórico de abuso na infância ou de relacionamento abusivo. Dos perpetradores, ainda, 22% tinham um diagnóstico psiquiátrico, sendo a depressão o mais comum, seguido de Transtorno de Personalidade. Em 52% dos casos o perpetrador produzia os sintomas e, em 48,8% dos casos, produziam-se enquanto a vítima estava internada, sendo os métodos mais comuns (de produzir sintomas) o sufocamento, administração de medicamentos e envenenamento.

Em estudo de pacientes internados na unidade pediátrica do Hospital Agostino Gemelli em Roma, entre 2007 e 2010, Ferrara *et al.* (2013) encontraram 4 em 751 casos de Síndrome de Münchhausen por Procuração, e, dos 4 casos, 3 tinham como perpetrador a mãe.

Em relevante estudo sobre o perfil dos perpetradores, através de 108 artigos publicados, Abdurrachid e Marques (2022, p. 16, tradução nossa) consolidaram os seguintes dados:

- 1) Quase todos os perpetradores eram mulheres (91% mulheres, 1% mulheres e homens, 7% não denunciadas).
- 2) Vinte e três casos (28%) tiveram um agressor com diagnóstico psiquiátrico: transtorno factício imposto a si mesmo (10%), depressão (9%) e transtornos de personalidade (7%).
- 3) Em mais de um terço (36%) houve conflito familiar ou abuso.
- 4) Quatorze casos (17%) tiveram agressores trabalhando na saúde.
- 5) O tipo de falsificação mais comum foi a indução (74%); no entanto, 15% dos casos tiveram mais de um tipo de falsificação.
- 6) Os desfechos mais comuns foram: separação (37%); sem seguimento (22%); prisão (14%); morte da vítima (12%); tratamento do perpetrador (10%); continuaram morando juntos (4%); e suicídio do perpetrador (1%).
- 7) Recorrência esteve presente em mais de três quartos dos casos.

Em outro estudo, Byard e Beal (1993) descreveram que observaram registros de pais e avós como os perpetradores mais raramente do que as mães.

Em recente estudo, Burton *et al.* (2015) pesquisaram a ocorrência da Síndrome de Münchhausen em adultos, e encontraram 13 casos relatados na literatura científica: em todos eles o perpetrador era um cuidador, geralmente mulheres (73%), e muitas delas trabalhadoras da área da saúde (em 5 dos casos, 38%).

Os perpetradores têm sido descritos com portadores de transtorno de personalidade, que sofreram abusos sexuais na infância, inseguros, com baixa autoestima, tendências narcisistas e

extremamente egoístas, com distúrbios de caráter, estilo defensivo e rígido, alto nível de desconfiança, pais ansiosos e deprimidos, exibindo graus extremos de negação e dissociação de afeto, projeções paranoicas e uma relação simbiótica com a criança, raiva introjetada expressa em impulsos sadomasoquistas e ideações paranoicas, juntamente com um nível de moralidade muito subdesenvolvido. Nesses casos a mãe não pode ser considerada doente mental, porque não há evidência de uma psicose como na síndrome de espancamento infantil. Essas mães não parecem chocadas com seu próprio comportamento criminoso, iatrogênico (SIGAL; GELKOPF; LEVERTOV, 1990).

Mas foi Rosenberg (1987, p. 556) e Meadow (2002) que mais enfatizaram a presença da Síndrome de Münchhausen nas mães perpetradoras da SMP. Rosenberg encontrou uma proporção de 10% de Síndrome de Münchhausen nas mães perpetradoras, e 14% apresentavam apenas algumas características, dados que, no entanto, provavelmente, são subestimados pela falta de registros adequados (ROSENBERG, 1987, p. 556).

Outros estudos também demonstraram comportamento anormal patológico dos perpetradores da Síndrome, sendo que Bools, Neale e Meadow (1994) encontraram uma história de transtorno factício ou somatoforme em 34 das 47 mães perpetradoras; em outro estudo, Gray & Bentovim (1996) também chegaram a uma proporção igualmente alta de mães com comportamento de doença anormal.

A pesquisa de Livingston (1993, p. 542) investigou a relação entre o perfil do agressor e a presença da SMP, constatando uma correlação significativa entre a síndrome e pais que sofrem de Transtorno de Somatização. Os resultados confirmaram o aumento do risco de abuso infantil entre filhos de indivíduos que apresentam tal transtorno. O estudo sugere que a identificação do transtorno de somatização dos pais é importante para a prática clínica, incluindo a busca por possíveis abusos em seus filhos.

O artigo de Meadow (1998) sobre pais como perpetradores tem foco específico nos pais do sexo masculino que são perpetradores dessa síndrome. Ele analisou 15 casos (os 15 casos preencheram os critérios para a síndrome de Münchhausen por abuso infantil por procuração) e discutiu como a personalidade do parceiro pode contribuir para o abuso, a natureza incomum dos perpetradores e a probabilidade de processos criminais e possíveis sentenças. Ele destacou a importância de investigar a cronologia dos eventos de doença na família para entender como a síndrome se manifesta em cada membro da família. Embora não haja evidências conclusivas de que homens com a síndrome sejam mais perigosos do que mulheres, é importante que os profissionais de saúde e assistentes sociais estejam atentos a qualquer doença ou evento

incomum envolvendo crianças que vivem com alguém com a síndrome ou outro transtorno somatoforme significativo. O critério adicional de o perpetrador agir por necessidade de assumir o papel de doente por procuração, ou como outra forma de comportamento de busca de atenção, esteve presente em 12 dos 15 casos.

Outro interessante artigo de Meadow (2000) aborda a necessidade de avaliar a periculosidade do agressor de abuso infantil para garantir a reabilitação da criança e a segurança dos futuros filhos desse agressor. São considerados vários fatores, incluindo a gravidade do abuso, a idade e a saúde da criança, e a saúde e o grau de admissão do perpetrador. No entanto, um fator difícil de avaliar é o comportamento de doença anormal pessoal do perpetrador, que pode ser comum em pessoas com transtornos somatoformes. Essas pessoas têm registros médicos espessos e dependem muito dos serviços de saúde para apoio. Existem três formas de comportamento que um perpetrador pode apresentar em relação ao abuso infantil: história falsa, fabricação de sinais e indução de doença. Quando um pai apresenta a Síndrome de Münchhausen, é considerado inadequado para cuidar de qualquer criança, independentemente de estar inventando histórias falsas ou prejudicando a criança diretamente.

Bools, Neale e Meadow (1994) realizaram estudo para avaliar a psicopatologia do perpetrador, sendo que aproximadamente metade das mães nesse estudo havia sufocado ou envenenado seus filhos como parte de suas fabricações. Foram relatados históricos psiquiátricos ao longo da vida para 47 das mães. Dentre elas, 34 apresentavam histórico de transtorno factício ou somatoforme, 26 tinham histórico de automutilação e 10 de abuso de álcool ou drogas. Destas mães, 9 tinham histórico forense independente de condenações relacionadas ao abuso infantil. A psicopatologia mais notável foi a presença de um transtorno de personalidade em 17 das mães, que eram predominantemente do tipo Histriônico e Borderline. No entanto, a maioria delas atendia aos critérios de mais de uma categoria de transtorno de personalidade.

Gray e Bentovim (1996) realizaram um estudo no Great Ormond Street Hospital for Children (NHS) Trust em Londres, onde 41 crianças de 37 famílias foram identificadas como tendo uma doença induzida por um dos pais (a mãe predominou). As crianças apresentaram quatro padrões de apresentação: falha no crescimento devido à recusa ativa de alimentos, alegação de alergia e recusa de alimentos, alegação e fabricação de sintomas médicos e interferência ativa através de envenenamento ou interrupção do tratamento médico. Quatro das crianças morreram e 35% das famílias possuíam um irmão anteriormente abusado. Todas as crianças apresentaram sintomas potencialmente graves, mas apenas cinco foram encontradas com problemas médicos graves que requeriam tratamento contínuo. As mães haviam sofrido

privação, abuso infantil, doença psiquiátrica ou grande perda ou luto. Uma equipe médica/psicossocial combinada identificou o abuso e tentou entender o sistema de crenças da família em relação à doença, que foi iniciada pelos pais percebendo que a criança estava doente e usando o foco na doença como uma maneira de resolver grandes dificuldades pessoais, conjugais e/ou familiares.

Meadow (1994) publicou estudo no qual discutiu o tema de falsas acusações de abuso infantil feitas por mães em contexto de Síndrome de Münchhausen por Procuração. O abuso factício foi um dos vários problemas inventados pela mãe. O autor relatou 14 casos de crianças de 7 famílias que sofreram com essas acusações, incluindo abuso sexual e/ou físico e doenças fictícias criadas pelas mães. O autor argumentou que essas situações são difíceis de detectar, mas a combinação de métodos de validação de acusações de abuso e investigação da Síndrome de Münchhausen podem ajudar na identificação precoce desses casos. O autor enfatizou a importância de os profissionais, que lidam com essas situações, estarem cientes de que falsas acusações de abuso infantil podem ocorrer e estarem preparados para lidar com elas.

Bools, Neale e Meadow (1992), no Reino Unido, analisaram os casos de 56 crianças vítimas de doenças falsas criadas por suas próprias mães, juntamente com seus irmãos. Os resultados mostraram que 64% das crianças principais tiveram outras doenças falsas causadas por suas mães e 29% sofreram de negligência, falha no desenvolvimento, medicação inadequada ou lesão não acidental. Além disso, 39% dos irmãos também foram vítimas de doenças falsas e 17% sofreram de negligência, falha no desenvolvimento, medicação inadequada ou lesão não acidental. Esses altos índices de doenças graves podem indicar a gravidade do abuso sofrido pelas crianças-alvo e seus irmãos, relacionando as comorbidades com a doença fabricada/induzida.

1.4.2 A Vítima

A falsificação de qualquer condição pediátrica, seja ela uma doença, uma deficiência ou um sintoma físico ou psicológico constitui uma forma de maus-tratos infantil, praticada por um adulto. A criança pode estar envolvida como um participante ativo ou passivo na fraude (AYOUB *et al.*, 2002).

Quanto ao perfil das vítimas, Melo, Dias e Aguiar (2022) encontraram que a maioria está entre dois meses e 12 anos de idade, não havendo diferença entre os sexos. Bezerra (2020 *apud* MELO; DIAS; AGUIAR, 2022) diz que “66% dos casos ocorrem com crianças abaixo de

5 anos”. Lima *et al.* (2019 *apud* MELO; DIAS; AGUIAR, 2022) referiram que pelo menos duas crianças entre 0 e 16 anos são vítimas dessa síndrome.

Sheridan (2003) realizou levantamento bibliográfico e catalogou 451 casos de 154 artigos publicados entre 1972 e 1999 e publicou os seguintes resultados – das crianças vítimas, 52% eram do sexo masculino, a idade média dessas crianças no momento do diagnóstico foi de 48,6 meses, o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 21,8 meses em 44 % dos casos. Nesse levantamento, Sheridan ainda encontrou que 7,3% das vítimas sofreram incapacidade em longo prazo ou permanente, 6% foram a óbito (com idade média do óbito de 18,8 meses de vida). Dos irmãos conhecidos das vítimas, 25% haviam morrido e 61% tiveram sintomas semelhantes aos das vítimas ou de origem suspeita. Dos sintomas apresentados pelas vítimas, Sheridan refere que, comparando o seu estudo ao de Rosenberg, eles coincidem no encontro de convulsões, diarreia, apneia e febre como os mais comuns em ambos os estudos.

Em estudo realizado por Burton *et al.* (2015), as vítimas tinham idade entre 21 e 82 anos, 9 eram mulheres e 4 homens, e o método mais comum de fabricação de doença foi o envenenamento, não ocorrendo nenhum caso de sufocamento. Ainda em relação ao grau de parentesco com as vítimas, em 3 casos eram as mães, em 2 casos eram as esposas, e, depois, filha, neta, marido, namorado, colega de cela, companheiro.

As vítimas de abuso infantil são alvo de frustração e raiva de seus pais, sendo uma ferramenta nas mãos deles, para satisfazer os anseios do perpetrador, cujo objetivo não é a morte da vítima, que, quando ocorre, geralmente não é descrita como intencionalmente ocasionada, mas contrária ao interesse patológico do agressor/perpetrador, resultado antes de algum excesso que fugiu ao controle da mãe (ou outro perpetrador) (SIGAL; GELKOPF; LEVERTOV, 1990).

1.4.3 O Médico

Segundo Roesler e Jenny (2008) (*apud* YATES; BASS, 2017, p. 45), “O abuso médico infantil (MCA) é uma variante de maus-tratos infantis em que a vítima é submetida a ‘cuidados médicos desnecessários e prejudiciais ou potencialmente prejudiciais por iniciativa de um cuidador’”.

A forma mais comum encontrada pela equipe médica de comprovar que se trata de um caso de Münchhausen por Procuração é a resolução dos sintomas apresentados pela vítima ao ser afastada do perpetrador (o teste padrão-ouro é o teste da separação), geralmente em ambiente hospitalar, conforme afirmou Sheridan (2003) em seu levantamento de 451 casos.

Outra forma comumente usada foi a comprovação pelo teste de videovigilância secreta da produção dos sintomas.

Hoje em dia não existe um teste médico ou psicológico que possa prever ou detectar a presença de Transtorno Factício numa pessoa. Esse reconhecimento precoce da provável presença de um fator desse transtorno é baseado na análise comportamental (ARTINGSTALL, 2016).

1.5 A MORBIDADE E A MORTALIDADE

A taxa de mortalidade encontrada por Rosenberg (1987, p. 556), em estudo no qual revisou 117 casos de crianças vítimas da Síndrome, foi de 9% (10 foram a óbito). Das 107 sobreviventes, 8% apresentaram morbidade (descrita como doença e/ou dor que causou desfiguração permanente ou comprometimento permanente da função). Todas as crianças mortas tinham menos de três anos. Quatro dessas mães tinham formação na área da Enfermagem, e duas delas evidenciaram ter a Síndrome de Münchhausen e se suicidaram após a morte dos filhos. Uma delas foi condenada por homicídio.

1.6 A INTERFACE DA SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO COM O DIREITO

A responsabilidade penal do perpetrador da Síndrome de Münchhausen por Procuração (MP)¹⁶ se dá na medida em que este deve ser capaz penalmente e ser julgado por atos ilegais, devendo-se ficar demonstrado que ele tinha a capacidade de escolher entre fazer e não fazer, adotar ou não o comportamento ou conduta causadora de lesões, maus-tratos, tortura, dentre outras, ou seja, que agiu voluntariamente e não movido por um impulso incontrolável ocasionado por alguma doença mental. Eles escolhem por sua própria vontade agir dessa maneira e o fundamental em um processo judicial é responder à questão sobre se o réu/perpetrador sofre de uma doença mental que o impeça de compreender a natureza de seus atos ou perceber que seu comportamento é proibido por lei (SIGAL; GELKOPF; LEVERTOV, 1990).

A presença de um distúrbio comportamental não isenta uma pessoa de responsabilidade quando a ação cruzar o limiar da atividade criminosa (ARTINGSTALL, 2016). Pessoas acometidas de doenças mentais são, muitas vezes, incapazes de diferenciar o comportamento certo do errado, especialmente no cometimento de crimes, contudo, na presença

¹⁶ Cf. trabalho realizado por pesquisadores de Tel Aviv em 1990.

desse Transtorno, não existe um prejuízo dessa capacidade de julgamento, sabendo, o perpetrador, exatamente o que está fazendo.

Quando o caso é apresentado em tribunal, a questão mais importante é a custódia da criança vítima, já que a permanência da criança junto ao perpetrador poderá levar à sua morte. Também deve ser averiguado se existe um irmão, que poderá ser a próxima vítima da mãe, caso permaneça sob a sua guarda (SIGAL; GELKOPF; LEVERTOV, 1990).

Em Israel, por exemplo, os réus nos casos de Síndrome de Münchhausen por Procuração não podem ser responsáveis por seus atos quando eles puderem provar que não eram capazes – durante o cometimento do ato do qual foram acusados – de entender o que estavam fazendo ou perceber que não lhes era permitido, numa condição resultante de uma doença mental ou surto psicótico (SIGAL; GELKOPF; LEVERTOV, 1990).

Em 2003, o Federal Bureau of Investigation (FBI), em seu *Law Enforcement Bulletin*, destinou um capítulo inteiro à Síndrome de Münchhausen por Procuração, ressaltando a importância do reconhecimento precoce da Síndrome pelos agentes da Lei. Quando nenhuma causa de morte era identificada, passaram a atribuí-la à Síndrome da Morte Súbita Infantil, lá na década de 1970. Pontuaram que a Síndrome de Münchhausen não é um diagnóstico, mas sim uma forma de abuso, não é o que alguém tem, mas o que faz. O FBI traçou, como perfil do perpetrador, mulheres atenciosas e dedicadas, com algum conhecimento na área da saúde, que precisam de atenção para si. Assinalaram a importância da vigilância por câmeras em hospitais quando existe a suspeita e citaram um exemplo de uma criança com relato pela mãe de apneia, mesmo no ambiente hospitalar, e depois que a câmera foi instalada puderem comprovar que era a mãe que asfixiava a criança com um travesseiro, provocando as crises de apneia. Relataram a existência de muitos casos de suspeita de SMP que nunca chegaram aos Tribunais por falta de provas, situação na verdade extremamente frequente. O papel dos investigadores da polícia e demais agentes da lei é importante e devem eles registrar todos os aspectos ou evidências com detalhes para posteriormente outros terem condições de firmar um diagnóstico, de maneira a serem capazes de reconhecer o comportamento relacionado à Síndrome de Münchhausen. Cita-se o exemplo de que, em Illinois, os promotores, para acusarem alguém, devem provar a intenção criminosa, que se cometeu intencional ou imprudentemente um delito, e que a razão também era criminosa. Essa lei dificulta a demonstração da intenção no caso da Síndrome de Münchhausen, porquanto os perpetradores negam o abuso (CHICZEWSKI; KELLY, 2003).

2 CASOS REAIS DE SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO NOS EUA E BRASIL

Decidimos relatar detalhadamente cada um dos casos apresentados, a fim de proporcionar uma compreensão mais ampla da realidade experimentada pelas vítimas e perpetradores, bem como o papel de cada um nessas situações em que a Síndrome de Münchhausen por Procuração encontrou um ambiente propício para se desenvolver. Após essa análise individual e conjunta de cada um dos diferentes desfechos, buscamos obter uma visão mais completa da situação.

2.1 GYPSY ROSE BLANCHARD (VÍTIMA) X CLAUDDINE BLANCHARD (PERPETRADORA) - GREENE COUNTY, MISSOURI, EUA

Gypsy Rose Blanchard é uma mulher americana que foi condenada pelo assassinato de sua mãe, Dee Dee Blanchard, em 2015. O caso chamou a atenção nacional porque foi revelado que Dee Dee havia falsificado doenças em Gypsy e a apresentava, a despeito de evidências contraditórias, como uma criança cronicamente doente, num clássico caso de Síndrome de Münchhausen por Procuração.

Dee Dee teria criado falsos registros médicos e mantido Gypsy em estado de isolamento, fazendo-a passar por muitas cirurgias e tratamentos desnecessários ao longo de mais de 20 anos. Gypsy, que na verdade tinha saúde perfeita, acabou descobrindo a verdade sobre sua condição e planejou o assassinato de sua mãe com a ajuda de um namorado conhecido pela internet.

Esse caso chocou a opinião pública e chamou a atenção para a Síndrome de Münchhausen por Procuração, uma forma de abuso infantil negligente e emocional. Além disso, destacou a importância de identificar e proteger as vítimas da SMP e garantir que os perpetradores sejam responsabilizados por seus atos.

Os dados do caso real de Gypsy Rose Blanchard foram extraídos da matéria escrita e publicada¹⁷ pela jornalista Michelle Dean¹⁸, que investigou o caso e entrevistou pessoas durante

¹⁷ Disponível em: <https://www.buzzfeednews.com/article/michelledean/dee-dee-wanted-her-daughter-to-be-sick-gypsy-wanted-her-mom>. Acesso em: 02 jan. 2023.

¹⁸ Nascida no Canadá, Michelle Dean é jornalista e crítica. Editora colaboradora da *New Republic*, escreve para as revistas *New Yorker*, *Nation*, *New York Times Magazine*, *Slate*, entre outras publicações. Mora em Los Angeles.

quase um ano. Produziu-se ainda um documentário sobre o caso, *Mommy Dead and Dearest*¹⁹, pelo Canal HBO, apresentado em 2017.

Esse caso foi escolhido devido à riqueza de detalhes conhecidos, haja vista as características típicas da Síndrome, por demonstrar claramente o perfil da vítima e do perpetrador típico, no caso a mãe, e, por fim, evidenciar a falta de conhecimento e suspeição por parte das equipes médicas, o que levou a jovem Gypsy a ser abusada e torturada por 24 anos, sem que praticamente ninguém levasse a cabo uma denúncia de suspeita sobre a mãe. Tamanha tortura levou a jovem a cometer o assassinato de sua mãe, juntamente com o namorado.

Gypsy Rose Blanchard, que usava o nome de Gypsy Blancharde (cujo “e” ao final do sobrenome foi acrescentado informalmente por sua mãe), nascida em 27 de julho de 1991 em Golden Meadow, Luisiana, EUA, tinha como pais biológicos Claudine Blanchard e Rod Blanchard, e foi condenada em julho de 2016 a dez anos de prisão, por assassinato em segundo grau de sua mãe, com possibilidade de condicional a partir de dezembro de 2023.

A mãe, Claudine Blanchard, chamada de Dee Dee Blanchard, foi assassinada pelo namorado da Gypsy, Nicholas Godejohn, em 14 de junho de 2015, em Greene County, Missouri, EUA, em colaboração com a própria Gypsy, em plano arquitetado e executado por ambos. Nicholas Godejohn foi condenado em fevereiro de 2019, por assassinato em primeiro grau, com a pena de prisão perpétua, sem possibilidade de condicional, e mais 25 anos, de forma concorrente, pela ação criminosa armada.

Nos últimos sete anos antes do assassinato, Dee Dee e Gypsy Rose Blancharde viveram em um pequeno bangalô rosa em West Volunteer Way em Springfield, Missouri.

Dee Dee tinha 48 anos, natural da Louisiana, era uma pessoa de aparência afável, vestia-se com cores vivas e alegres, com cabelo castanho encaracolado que usava preso com fitas. Quem a conhecia dizia ser generosa com seu tempo e, quando podia, generosa com dinheiro. Ela fazia amigos rapidamente e inspirava profunda devoção. Ela não tinha emprego, mas trabalhava como cuidadora em tempo integral de Gypsy Rose, sua filha adolescente.

¹⁹ *Mommy Dead and Dearest* é um documentário americano de 2017 dirigido por Erin Lee Carr sobre o assassinato de Dee Dee Blanchard, pelo qual sua filha, Gypsy Rose Blanchard, e o namorado de Gypsy, Nicholas Godejohn, foram acusados. Disponível em <https://www.hbo.com/movies/mommy-dead-and-dearest>. Acesso em 15 jan. 2023. Sinopse no site (tradução nossa): As coisas nem sempre são como parecem, especialmente no caso de Dee Dee e Gypsy Rose Blanchard. Neste documentário sobre um crime real, segue-se um caso bizarro envolvendo uma das condições mais controversas da Psicologia – a Síndrome de Münchhausen por Procuração –, uma teia traiçoeira de mentiras, abuso infantil, doença mental e amor proibido é desvendada de maneira provocativa.

Gypsy era de estatura pequena, talvez um metro e meio de altura, vivia confinada a uma cadeira de rodas, era pálida e magra, e seus dentes quebravam e doíam. Usava um tubo de alimentação enteral. Às vezes, Dee Dee (Clauddine) tinha que carregar um tubo de oxigênio com elas, e uma cânula nasal era enrolada nas orelhas pequenas de Gypsy. Mas Gypsy era amigável, falante e sua voz era aguda e infantil, e sua mãe dizia que ela tinha a idade mental de uma criança de sete anos (por isso estudara em casa, pois a mãe alegava que na escola não conseguiria acompanhar as outras crianças). A mãe fazia Gypsy vestir-se como criança mesmo quando já era adulta.

Se perguntada sobre os diagnósticos de Gypsy, Dee Dee desfiava uma lista: defeitos cromossômicos, distrofia muscular, epilepsia, asma grave, apneia do sono, problemas oculares, leucemia quando criança. A casa delas possuía várias adaptações para cadeirantes, como uma rampa na entrada e uma banheira de hidromassagem.

Para angariar dinheiro para os tratamentos da Gypsy, a mãe às vezes montava sessões de cinema ao ar livre, no pátio de casa, nas noites de verão, e convidava as crianças da vizinhança (que pagavam por isso). Os vizinhos gostavam delas, com os quais mantinham bom relacionamento.

Clauddine tornou-se particularmente próxima de algumas pessoas vizinhas, como Amy Pinegar e seus quatro filhos. Claudine contou a ela e a outras pessoas que o pai de Gypsy era um caloteiro, um viciado em drogas e alcoólatra que zombava das deficiências de sua filha, chamando as Olimpíadas Especiais de ‘show de horrores’, e que não dava pensão à filha.

Uma vizinha, Amy Pinegar, disse que as ajudava como podia, levava-as ao aeroporto quando faziam viagens médicas, ou quando foram à Disney, e fazia-lhes algumas compras quando necessário.

Certo dia, a conta do *Facebook* de Claudine postou uma atualização. “Essa cadela está morta”, dizia. Era 14 de junho de 2015, e os primeiros comentários sobre o status foram de amigos expressando descrença, achando que a página tivesse sido hackeada. Logo apareceu um novo comentário na conta de Dee Dee – “Eu cortei esta porca gorda e estuprei a sua doce e inocente filha... seu grito foi tão alto...”.

Kim Blanchard era outra vizinha que morava perto (não era parente), conhecera Claudine e Gypsy em 2009 em uma convenção de ficção científica e fantasia realizada em Ozarks, onde Gypsy podia usar fantasias e não ficar particularmente deslocada. Kim achava-as perfeitas, uma pobre criança doente cuidada por uma mãe maravilhosa e paciente que só queria ajudar a todos.

Após a publicação no Facebook, Kim chamou a polícia, que encontrou o corpo de Dee Dee no quarto. Ela havia sido esfaqueada e estava morta há vários dias, mas não havia sinal de Gypsy.

No dia seguinte, Kim organizou uma vigília e criou uma conta *GoFundMe* para cuidar das despesas do funeral de Dee Dee – e possivelmente de Gypsy, pois todos temiam o pior, achando que Gypsy poderia estar morta também. Durante toda a sua vida, Gypsy havia evocado respostas protetoras nas pessoas – que a achavam tão pequena e indefesa.

Uma jovem vizinha de Gypsy e da mãe, Aleah Woodmansee, de 23 anos, filha de Amy Pinegar, disse à polícia que Gypsy tinha um namorado online secreto, às escondidas da sua mãe. Aleah relatou que se sentia como uma irmã mais velha de Gypsy, mas era muito difícil conversar sozinha com Gypsy, porque a mãe não permitia que ninguém ficasse a sós com a filha (para que não descobrissem toda a farsa). Mesmo assim Gypsy havia conseguido criar uma conta no *Facebook*, escondida da mãe, cujo codinome era Emma Rose, e foi através dessa conta que conheceu o namorado, Nicholas Godejohn, com quem se comunicou por dois anos, vindo a convencê-lo a matar a sua mãe.

Gypsy contou a Aleah que o namorado não se importava que ela estivesse em uma cadeira de rodas e que planejavam se casar; ambos eram católicos e haviam combinado até nomes para seus filhos. Ela estava elaborando um plano para Claudine se encontrar casualmente com Nick no cinema local, pois Gypsy esperava que sua mãe aceitasse o seu relacionamento com o namorado.

Aleah até achava Gypsy ingênua, mas percebia que ela não tinha uma mente de sete anos, como apregoava sua mãe. Mas, depois das mensagens sobre Nick Godejohn no outono de 2014, Aleah não teve mais notícias de Gypsy.

Após a descoberta da mãe assassinada, a polícia rastreou as postagens do *Facebook* na conta de Claudine e, com o endereço IP, chegou até Nicholas Godejohn, em Big Bend, Wisconsin.

Em 15 de junho de 2015, uma equipe de policiais do condado de Waukesha, Wisconsin, foi à casa de Godejohn, onde o encontrou com Gypsy. Ele se rendeu rapidamente, confessando o crime. Gypsy estava com ele, ilesa, com excelente saúde, o que deixou aliviados vizinhos e parentes, pelo menos no primeiro momento.

Logo espalhou-se o fato de que Gypsy não precisava de cadeira de rodas para se locomover, não precisava de tubos de oxigênio e tampouco dos diversos medicamentos que a mãe a obrigava a tomar diariamente. Seu cabelo era curto e espetado, mas ela não era careca –

sua cabeça simplesmente fora raspada pela mãe, durante toda a vida, para fazê-la parecer doente. Todos também perceberam que Gypsy não tinha a idade mental de sete anos que a mãe fez todos acreditarem (até a própria Gypsy) por 24 anos.

Gypsy contou à polícia que foi tudo uma fraude, que a sua mãe a obrigara a fazer isso, que no fundo mesmo ela sabia que podia andar, que não tinha doenças, que não era deficiente. Clauddine usava inclusive abuso físico para controlar a filha, sempre segurando a mão dela na presença de outras pessoas e apertava-a forte quando Gypsy dizia algo que pudesse comprometer as suas mentiras, e, quando chegavam em casa, Dee Dee batia nela com as mãos abertas ou com um cabide²⁰.

Rod Blanchard, o pai de Gypsy, que morava na época em Cut Off, contou que tinha 17 anos quando conheceu a mãe de Gypsy (ela tinha 24 anos na época), ela então engravidou e eles se casaram. Separaram-se em seguida, antes mesmo de Gypsy nascer. Relatou o pai de Gypsy que, mesmo antes dos seus três meses de idade, Dee Dee já estava convencida de que ela tinha apneia do sono, pois alegava que ela parava de respirar durante a noite. Foi então que Clauddine começou a levá-la ao hospital. Rod lembrou que os médicos não conseguiram encontrar nada, apesar dos inúmeros exames e testes. A convicção de que Gypsy era uma criança doente tomou conta de Clauddine, segundo ele, e ela sempre tinha uma explicação para tudo, inclusive que Gypsy teria um defeito cromossômico, origem de muitos dos problemas da menina. Segundo ele, ainda, Clauddine sempre tinha uma nova ideia sobre o que havia de errado com Gypsy, um novo médico, uma nova droga, sempre parecendo que tinha o controle de tudo. Ela já havia trabalhado como auxiliar de enfermagem, por isso seu talento especial para lembrar da terminologia médica. Ela sabia muito e nunca se incomodava com perguntas – ela sempre tinha uma resposta.

Rod se casou novamente e teve outros dois filhos. Ele e sua nova esposa, Kristy, viam Gypsy com frequência até os seus dez anos de idade. Mas, mesmo depois, ele nunca deixou de dar US\$ 1200 de pensão a Gypsy e de enviar os presentes ocasionais que Clauddine lhe pedia, aparelhos de televisão e um Nintendo Wii, por exemplo, até depois de Gypsy completar 18 anos, porque Clauddine dizia que Gypsy ainda precisava de cuidados em tempo integral.

Clauddine e Gypsy passaram seus anos em Slidell morando em habitações públicas e visitando médicos no Tulane University Hospital & Clinic e no Children's Hospital. Clauddine dizia aos médicos de lá que Gypsy tinha convulsões a cada dois meses, então *eles prescreveram medicamentos anticonvulsivantes*. Clauddine insistiu com um médico após o outro que sua filha

²⁰ Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Murder_of_De_De_Blanchard. Acesso em: 02 jun. 2022.

tinha distrofia muscular, até que fizeram uma *biópsia muscular e ficou provado que ela não tinha, mas, mesmo assim* Dee Dee continuou afirmando o contrário. Insistiu com os médicos de que também sua filha sofria problemas de visão e frequentes infecções de ouvido, e os médicos *a operaram obedientemente, mesmo sem ela nada ter*. Se Gypsy tivesse um resfriado ou tosse, ela era levada de imediato ao pronto-socorro.

Em 2005, o furacão Katrina atingiu Slidell, Louisiana, e Gypsy e Clauddine foram para um abrigo para pessoas com necessidades especiais em Covington, Louisiana. Mais adiante elas foram levadas de avião para o Missouri (em setembro de 2005), onde alugaram uma casa em Aurora. Elas viveram lá até irem para a casa doada pela Habitat for Humanity em West Volunteer Way, Springfield, Missouri, em março de 2008.

Em Springfield, elas se beneficiaram de voos gratuitos de uma organização de pilotos voluntários, estadias em um alojamento para pacientes com câncer e viagens gratuitas para a Disney World, por meio de várias organizações de caridade.

Quando Rod ligou para Gypsy para parabenizá-la pelo seu aniversário de 18 anos, Clauddine interceptou a ligação e disse-lhe que Gypsy não sabia sua verdadeira idade e que era para ele confirmar que ela completava 14 anos. Rod atendeu à instrução.

A primeira vez que Rod viu sua filha andar foi em uma reportagem sobre a audiência de acusação de Gypsy, em Wisconsin. Ninguém o havia preparado. Rod ficou tão confuso quando a viu que disse que sua primeira reação foi: “Fiquei muito feliz por ela estar andando”.

Quando foi presa, Gypsy disse à polícia que ela tinha 19 anos. Rod e Kristy conseguiram esclarecer isso dando às autoridades a certidão de nascimento de Gypsy. Na verdade, ela tinha 23 anos.

Ninguém sabe ao certo todos os medicamentos que a mãe ministrava a Gypsy, nem ela própria soube. Ademais, a pilha de diagnósticos falsos, as listas confusas de drogas – tudo apontava para uma síndrome chamada Münchhausen por Procuração.

Um diagnóstico de Síndrome de Münchhausen por Procuração é atribuído ao perpetrador, não à vítima. A mãe mantinha um fichário de informações médicas no qual parecia estar classificando as diferentes informações que dera a vários médicos. E ela se encaixava em certos parâmetros que os médicos costumam citar como sinais de alerta para a Síndrome de Münchhausen: por exemplo, ela teve algum treinamento médico. O número de médicos aos quais ela levou Gypsy ao longo dos anos, e sua propensão a mudar de local para que não houvesse uma trilha médica clara, também é comum. Assim como as preocupações com a

apneia do sono, que é uma maneira por meio da qual a Síndrome de Münchhausen parece começar nos vários casos documentados.

É comum que os membros da família externa – e às vezes até os imediatos – não percebam totalmente a simulação de doença. Os perpetradores são pessoas muito inteligentes, sabem como manipular outras pessoas. Eles também manipulam suas vítimas e, quanto mais tempo isso durar, maiores serão as chances de que o paciente real possa conspirar com o perpetrador. O desejo de agradar a um dos pais pode ser suficiente para envolver uma criança no engano. Mas, mesmo em casos de adultos, pode haver algum tipo de ligação emocional mantendo o paciente na mentira. “A relação que se desenvolve entre os dois é tão doentia”, disse a Dra. Burton, sobre os casos de adultos que ela tratou.

Não é comum, no entanto, um caso em que o abuso dure tanto tempo, até a idade adulta, como o de Gypsy. Seus registros médicos eram preocupantes. Em 2001, os médicos do Tulane University Hospital testaram Gypsy para distrofia muscular. Seus testes deram negativo. Na verdade, todas as varreduras de seu cérebro e coluna foram relativamente claras. Os registros de todos esses testes sobreviveram ao Katrina. No entanto, Dee Dee continuou a insistir, médico após médico, na Louisiana e no Missouri, que Gypsy tinha distrofia muscular. Em vez disso, eles passaram a tratar Gypsy para vários problemas de visão, audição, sono e salivação que presumivelmente decorriam da distrofia muscular.

Algumas intervenções foram cirúrgicas. Os músculos oculares de Gypsy foram repetidamente operados por suposta fraqueza. Tubos foram colocados em seus ouvidos para supostas infecções auriculares. Ela recebeu um tubo de alimentação e comeu muito pouco por via oral, sobrevivendo com latas de PediaSure²¹ até os vinte anos de idade. Suas glândulas salivares foram primeiro injetadas com Botox e depois removidas, porque sua mãe reclamou que ela babava demais (apesar de ela não babar). Os dentes de Gypsy apodreceram e tiveram de ser extraídos, embora seja difícil dizer se isso se deu por falta de higiene dental ou pela mistura de medicamentos e desnutrição severa.

As repetidas invasões do corpo de Gypsy em nome dessas doenças que ela nunca teve foram, em suma, graves e prolongadas. É difícil dizer agora se algum deles foi de fato clinicamente necessária, ao que parece, todavia, nenhuma o foi.

²¹ PediaSure® Peptide provides balanced, complete nutrition for children with challenging GI symptoms – helping them grow and develop to their full potential (PediaSure® Peptide fornece nutrição balanceada e completa para crianças com sintomas gastrointestinais desafiadores – ajudando-as a crescer e desenvolver todo o seu potencial, tradução nossa).

Os médicos não captaram os inúmeros indícios de que as histórias de Dee Dee não faziam sentido – nem mesmo o médico do sono, Robert Beckerman, que atendeu Gypsy tanto em Nova Orleans quanto em Kansas City. Em vez disso, ele destacou o tratamento de Gypsy no boletim do hospital e mencionou repetidamente nos arquivos médicos que ela e Dee Dee eram sua “paciente mãe e filha favorita”. Esse médico não quis dar entrevista para a jornalista que escreveu a história.

Em relação aos médicos, houve uma exceção, em 2007, um neurologista pediátrico chamado Bernardo Flasterstein, que as atendeu em Springfield, ficou desconfiado. Flasterstein relatou à jornalista que teve suas dúvidas desde a primeira vez que viu Dee Dee e Gypsy. As histórias de Dee Dee sobre as inúmeras doenças de Gypsy não o agradaram. Em suas anotações sobre Gypsy, ele escreveu, em negrito e sublinhado: “A mãe não é uma boa historiadora”. Havia uma “distribuição incomum” da fraqueza de Gypsy para uma paciente com distrofia muscular, ele escreveu em suas anotações. Ainda assim, diz Flasterstein, ele deu ao caso o “benefício da dúvida” e enviou Gypsy para todos os testes usuais, ressonâncias magnéticas e exames de sangue. Os resultados foram todos normais. Ele disse a Dee Dee: “Não vejo nenhuma razão para ela não andar”.

Entre suas visitas a Gypsy, Flasterstein rastreou um médico que tinha visto Gypsy em Nova Orleans. Esse médico disse a ele que a biópsia muscular em Nova Orleans deu negativo para distrofia muscular, e que o neurologista anterior de Gypsy havia explicado isso a Claudine. Quando confrontada, Claudine simplesmente parou de ver os médicos de Nova Orleans.

E, ainda segundo anotações no prontuário de Gypsy, “Analisando todos os fatos e depois de conversar com seu pediatra anterior”, Flasterstein escreveu no arquivo, “há uma forte possibilidade de Münchhausen por Procuração, talvez com alguma etiologia desconhecida subjacente para explicar seus sintomas”. Claudine parou de vê-lo depois dessa visita. “Acho que ela pegou minhas anotações”, diz Flasterstein. Ele disse que as enfermeiras lhe contaram mais tarde que, ao sair de seu consultório naquela última visita, Claudine estava reclamando que ele não sabia do que estava falando. Flasterstein nunca deu seguimento. Ele disse que, na rede de médicos de Springfield que Claudine frequentava, “todo mundo comprou sua história”. Ele lembra de ter sido instruído no hospital a tratar a dupla mãe-filha com “luvas de ouro”. Ele diz ter pensado que, se por acaso as denunciasse ao serviço social, eles também não acreditariam na história.

Pensando nisso depois do trágico desenlace da história, o Dr. Flasterstein lamentou não ter feito mais. Relatou que foi apenas o segundo caso de Münchhausen que ele viu em sua carreira de décadas. Ele ouviu sobre o assassinato quando uma ex-enfermeira de seu escritório

escreveu sobre isso no ano passado. Ele disse à jornalista “Pobre Gypsy, ela sofreu todos esses anos, e sem motivo”. Ele gostaria de “poder ter sido mais agressivo” (ele gostaria de ter feito alguma coisa a mais).

Não foi a única oportunidade perdida para as autoridades intervirem. No outono de 2009, alguém fez uma ligação anônima para o Departamento de Polícia de Springfield, pedindo um exame de saúde. A pessoa disse que tinha dúvidas de que Gypsy sofria de todas as doenças que sua mãe descrevia (Dr. Flasterstein diz que não foi ele quem fez a ligação). A polícia foi até a casa, mas Clauddine disse a eles que o motivo pelo qual às vezes usava datas de nascimento inconsistentes e grafias distintas de seu nome era para se esconder de um marido abusivo. Ninguém ligou para Rod Blanchard ou verificou essas alegações. A polícia aceitou a explicação e escreveram em seu relatório que Gypsy “sofre de algum tipo de deficiência mental”, e o arquivo foi fechado.

Gypsy tentou, uma vez, escapar de sua mãe quando conheceu um homem na convenção de ficção científica à qual Kim Blanchard e seu marido também compareceram. Na época, em fevereiro de 2011, Clauddine dizia que Gypsy tinha 15 anos. Segundo Kim, o homem em questão tinha 35 anos, e ele levou Gypsy para seu quarto de hotel e Clauddine os encontrou em seguida.

Depois desse incidente, Clauddine ficou furiosa a ponto de quebrar o computador da família com um martelo. Quando ela finalmente substituiu o aparelho, Gypsy teve permissão para usar a internet apenas com a supervisão da mãe.

Em outras circunstâncias, uma história de abuso infantil tão longa e envolvente quanto a que Gypsy experimentou poderia ter inspirado a simpatia do público. Mas algo sobre o elemento fraude ofendeu profundamente as pessoas, especialmente aquelas que não conheciam Gypsy ou Clauddine na época do assassinato da mãe. Então os grupos do *Facebook* começaram a surgir. Eles se dividiram sobre se Gypsy poderia ser considerada culpada, se Rod e Kristy estavam de alguma forma envolvidos na fraude. Alguns grupos chegaram a mais de 10.000 membros, alguns deles postando todos os dias algo sobre o crime, expressando teorias infundadas sobre o que havia acontecido.

Sabe-se que Gypsy e Nick escaparam com cerca de US\$ 4.000 do cofre de Dee Dee. Quanto ao assassinato, Gypsy contou que se escondeu no banheiro e tapou os ouvidos para não ouvir a mãe gritando enquanto seu namorado, Godejohn, esfaqueava Dee Dee 17 vezes nas costas enquanto ela dormia. Depois, os dois fizeram sexo no quarto de Gypsy, pegaram os quatro mil dólares que Dee Dee guardava em casa e fugiram para um motel nos arredores de

Springfield, onde ficaram alguns dias enquanto planejavam sua próxima mudança; durante esse tempo, eles foram vistos em câmeras de segurança em várias lojas locais. Gypsy disse naquele momento que acreditava que os dois haviam conseguido escapar impunes do crime.

Eles enviaram a arma do crime de volta para a casa de Godejohn em Wisconsin para evitar serem pegos com ela, então pegaram um ônibus para lá. Várias testemunhas que viram a dupla a caminho da estação Greyhound notaram que Gypsy usava uma peruca loira e andava sem ajuda.

Por um tempo, parecia que o caso de Gypsy iria a julgamento. O promotor se recusou a pedir a pena de morte, mas tanto Gypsy quanto Nick foram acusados de assassinato em primeiro grau. À medida que a investigação do crime continuava, surgiram mensagens de texto entre os dois que pareciam discutir e planejar a morte de Claudine. Os promotores também disseram ter encontrado evidências de Gypsy pedindo diretamente a Godejohn para matar sua mãe, embora isso nunca tenha sido tornado público. Outros documentos descobertos antes do julgamento mostram Godejohn contando a um amigo sobre o desejo de Gypsy de assassinar sua mãe, isso ainda em maio de 2014.

Gypsy e o namorado gostavam de ver imagens de Bondage, Disciplina, Dominação, Submissão, Sadismo e Masoquismo (BDSM), de se fantasiar e tirar fotos e parecia que fantasia e realidade se misturavam para os dois. Godejohn não tinha histórico de violência anterior. Sua única prisão anterior foi por conduta obscena em 2013 em um McDonald's, onde ele assistia pornografia em um tablet. Entretanto, tanto ele quanto Gypsy disseram à polícia que era ele quem empunhava a faca. Ela disse que, enquanto sua mãe estava sendo esfaqueada, ela estava na outra sala, ouvindo. Um dos motoristas de táxi que carregou a dupla por Springfield após o assassinato disse aos entrevistadores que achava que Gypsy era a líder.

O advogado de Gypsy, Michael Stanfield, era defensor público. Disse que tinha em torno de 270 casos por ano, mas que este lhe havia sido o mais complicado até então. Stanfield também tinha um investigador e um paralegal trabalhando nisso. A defensoria pública do condado de Greene conseguiu tirar um ex-defensor público importante, Clate Baker, da aposentadoria para atuar no caso. Stanfield foi para a Louisiana e levou meses para obter os registros médicos de Gypsy. Ele afirmou no tribunal haver descoberto décadas de abuso que Dee Dee Blanchard infligira a Gypsy Blanchard, como parte de um elaborado esquema de fraude e mentiras. “Essencialmente, a mãe de Gypsy a mantinha prisioneira”, disse Stanfield.

“A mãe dela não permitia que ela ficasse sozinha com nenhum outro ser humano. A mãe dela, quando iam ao médico, era quem sempre falava”²².

Quando os registros finalmente chegaram, porém, eles eram tão condenatórios que Stanfield ligou para o promotor, que não precisaria investigar mais. Um acordo judicial foi feito. Em 5 de julho de 2016, Gypsy se declarou culpada de assassinato em segundo grau. O juiz deu a ela a pena mínima de 10 anos. Com um ano já cumprido, ela poderá pedir liberdade condicional em cerca de sete anos e meio, no final de 2023, quando estará com 32 anos.

Gypsy agora é uma reclusa no *Women's Eastern Reception, Diagnostic and Correctional Center*, em Vandalia, Missouri. Seu cabelo é comprido, sua pele clara e saudável, e ela usa óculos adequados para adultos. Ela parou de tomar todos os medicamentos e não teve nenhum problema de saúde no último ano na prisão do condado de Greene antes de sua confissão, tinha um terapeuta que via uma vez por semana e ganhou 14 quilos.

Kim Blanchard, que visitou Gypsy uma vez na prisão, disse: “Ela se parecia muito mais com a pessoa que ela era, que era o completo oposto da pessoa que eu conhecia, e era como se ela tivesse uma fantasia o tempo todo e depois a tirara”.

Rod e Kristy viram Gypsy não muito depois do acordo judicial e disseram ainda não saber se vão processar os hospitais ou os médicos que Gypsy consultou a vida toda. Eles decidirão isso depois que tudo se acalmar, depois que puderem conversar adequadamente com Gypsy.

Gypsy disse estar ansiosa para falar, pois queria que as pessoas soubessem que não era uma situação em que uma garota mata a mãe para ficar com o namorado. Essa era a situação de uma menina tentando escapar do abuso. Disse que espera ingressar em todos os tipos de programas para ajudar as pessoas. Ela quer escrever um livro para ajudar outras pessoas em situação análoga à sua. Sobre sua mãe, sua opinião parece vacilar. “Os médicos achavam que ela era tão dedicada e carinhosa”, disse Gypsy. “Eu acho que ela teria sido a mãe perfeita para alguém que realmente estivesse doente. Mas não estou doente. Há uma grande, grande diferença”.

Gypsy confessou à jornalista, “Sinto que fui tão usada quanto todo mundo”. “Ela me usou como um peão. Eu estava no escuro sobre isso. A única coisa que eu sabia era que podia andar e comer. Quanto a todo o resto... Bem, ela raspava meu cabelo. E ela dizia: ‘Vai cair de qualquer maneira, então vamos mantê-lo bonito e arrumado!’”. Contou também que sua mãe lhe dizia que tinha câncer e que a medicação era para isso.

²² Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Murder_of_DeDe_Blanchard. Acesso em: 02 jan. 2023.

Quanto ao comportamento infantil, Gypsy ficou na defensiva quando questionada sobre isso. “Não é minha culpa. Eu não posso evitar. Esta é a minha voz”. A Gypsy não ocorria questionar nada do que sua mãe lhe fazia, pois se preocupava em não ferir os sentimentos dela. E o namorado foi a primeira pessoa que lhe ofereceu proteção real, que acreditou nela, mas hoje ela crê que ele tem “problemas de raiva”. Ela repetidamente assume a responsabilidade pelo assassinato: “O que eu fiz foi errado. Vou ter que viver com isso”. Mas ela diz que foi Nick quem pegou “uma conspiração entre nós dois” e “a transformou em ação”. Gypsy foi quem teve a ideia de postar sobre o assassinato no *Facebook*, para que a polícia viesse verificar sua mãe. Ela diz ter perguntado a Nick: “Podemos, por favor, postar algo no *Facebook*, algo alarmante, que faça as pessoas chamarem a polícia?”. Mas disse que foi ele quem lhe disse o que escrever.

Gypsy também falou da sua frustração acerca do fato de que nenhum dos médicos, consultados ao longo dos anos, tenha sido capaz de ver que ela era perfeitamente saudável. Que as pernas não eram finas, como alguém que estivesse [realmente] paralisada. Que não precisava de sonda de alimentação. Vendo a definição de Síndrome de Münchhausen por Procuração, depois de ouvir a palavra tantas vezes usada para descrever sua situação, disse que sua mãe correspondia a todos os sintomas. Mesmo em relação à sua sentença de prisão, Gypsy disse sentir-se mais livre na prisão do que quando morava com a mãe.

Godejohn enfrentou a acusação mais severa, porque os promotores alegaram que ele iniciou a trama do assassinato, e tanto ele quanto Gypsy concordaram que foi ele quem realmente matou Claudine. Em janeiro de 2017, seu julgamento foi adiado quando os promotores solicitaram um segundo exame psiquiátrico; depois afirmaram que ele tinha um quociente de inteligência de 82 e estaria no espectro do autismo, sugerindo que ele tinha uma capacidade diminuída. Ele inicialmente renunciou ao seu direito de um julgamento por júri, mas mudou de ideia em junho daquele ano. O julgamento de Godejohn ocorreu em novembro de 2018 e Gypsy testemunhou, no terceiro dia do julgamento, quando declarou que, embora tenha realmente sugerido a Godejohn que ele matasse Claudine para acabar com o abuso de sua mãe, fora ele quem a matara²³.

Após quatro dias, Godejohn foi considerado culpado de assassinato em primeiro grau e ação criminal armada. Em fevereiro de 2019, ele foi condenado à prisão perpétua e a mais uma sentença de 25 anos por esta última acusação, concomitante à prisão perpétua²⁴.

²³ Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Murder_of_DeDee_Blanchard. Acesso em: 02 jan. 2023.

²⁴ Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Murder_of_DeDee_Blanchard. Acesso em: 02 jan. 2023.

2.2 E.B.S. (VÍTIMA) X K.B. (PERPETRADORA) – PORTO ALEGRE/BRASIL

Os pormenores dos fatos a seguir descritos foram retirados do Acórdão do Recurso em Sentido Estrito Nº 70078449832 do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, publicado em Porto Alegre em 11 de outubro de 2018.

K.B. foi denunciada pelo Ministério Público por tentar matar E.B.S, seu filho de 6 anos, em 14 de agosto de 2011, na residência de ambos em Porto Alegre/RS, somente não consumando seu intento por circunstâncias alheias à sua vontade, quais sejam, a exitosa intervenção de terceiros e a vítima ter recebido pronto e eficaz atendimento médico.

O crime, segundo a denúncia, foi praticado com emprego de meio cruel, visto que a denunciada diariamente injetava líquidos no acesso venoso da vítima, com recurso que dificultava a defesa da vítima, cometido contra uma criança com 6 (seis) anos de idade à época do fato.

Na denúncia, o motivo do crime, segundo a promotoria, seria o fato de a denunciada ser portadora da Síndrome de Münchhausen “by proxy” (por Procuração).

A mãe perpetradora já tivera outro filho falecido em circunstâncias semelhantes e não esclarecidas. A promotoria alegou que a ré tentou matar a vítima, seu filho, atribuindo a motivação do delito à Síndrome de Münchhausen por Procuração, de forma que, para ter atenção médica, ela injetava substâncias nas veias da criança.

A primeira testemunha foi a Dra. Priscila, que conheceu K.B durante a internação do primeiro filho desta, falecido no hospital em circunstâncias bastante semelhantes ao caso investigado. K.B. internou E.B.S apenas um mês após a morte do irmão, por infecção (confirmada) pós-operatória de apendicectomia. Nessa internação, a mãe perpetradora levantava a hipótese de que seu filho poderia ter uma doença ligada ao Cromossoma X, apesar de a doença não se comportar exatamente como nos livros. Informava que ele tinha febre diária com vômitos e dor abdominal. Dra. Priscila percebeu que E.B.S. chorava toda vez que a mãe lhe dava banho e que, quando a porta do banheiro era aberta, nada de anormal era visto, e a mãe/perpetradora apenas dizia que seu filho não queria tomar banho.

Dra. Priscila reafirmou que havia suspeitado da Síndrome de Münchhausen por Procuração, em razão do comportamento da mãe, que, como característica, parecia demonstrar prazer na doença do filho, pois sorria quando dizia que o filho tinha febre. Afirmou que K.B. nunca saía do lado do filho, o que é incomum em internações de longo prazo.

Durante a internação, descobriu-se que a mãe mentia para impedir que o pai de E.B.S. o visitasse no hospital, o que levantou mais suspeitas sobre ela.

A enfermeira Marta, em um momento no qual a mãe saiu de perto de E.B.S., questionou-o sobre onde estavam as coisas que a mãe colocava em sua veia e o menino perguntou se a mãe havia contado o que acontecia no banho, tendo a enfermeira Marta dito que sim, então ele prontamente apontou a sacola onde estavam as seringas e perfusores que a mãe utilizava para injetar-lhe diversas substâncias. O hospital acionou a Polícia Militar.

E.B.S. referiu que a mãe não deixava que ele se alimentasse no hospital, alegando que a vítima tinha dor e ele tinha receio de contar o que acontecia – em certa ocasião, a mãe havia lhe dado azeite e por isso passara mal no colégio.

Quando a mãe voltou do jantar e se preparava para dar banho em E.B.S., foi encaminhada para uma sala isolada, a fim de ser revistada e confirmou que as duas seringas, encontradas com um líquido branco, eram compostas de água, açúcar e leite e apresentou como justificativa a desculpa de que ele estava desnutrido.

E.B.S. foi transferido para a UTI e foram proibidas as visitas de K.B. Após esse dia ele nunca mais teve nada, melhorou absurdamente e teve alta acompanhada pelo pai.

Dra. Priscila mencionou, ainda, que verificou o prontuário médico de J.A.B.S., o irmão falecido de E.B.S., no qual constava quadro muito semelhante, e que após o banho sempre havia relato de vômito, dor abdominal e febre.

E.B.S. ficou internado por cerca de quatro meses e o quadro clínico cessou com o afastamento da mãe dos cuidados com a criança. Referiu-se que como o leite e o açúcar não são substâncias para uso por via venosa, a consequência de sua injeção na veia é a flebite, que é a infecção da veia e a perda do acesso, agravadas pelo uso de itens não esterilizados.

A segunda testemunha nesse caso foi Marta, que em juízo disse que K.B. se comportava protegendo muito a vítima, seu filho, não permitindo que conversassem com ele na ausência dela, e que, quando ele era questionado, dirigia seu olhar à mãe pedindo autorização antes de responder. Referiu a testemunha que, quando a mãe saía de perto da vítima, sempre o deixava dormindo. Relatou quadro de febre apresentado por E.B.S., além de sintomas como dor e desconforto. Mencionou que a vítima tinha dor nos acessos venosos, que tinham de ser trocados todos os dias, e que ele chorava muito na hora de tomar banho, mas nunca conseguiram identificar o que acontecia. No dia 14 de agosto, dia dos pais, Marta passou para ver as crianças, ao final do turno, e percebeu que E.B.S. estava acordado e perguntou a ele se K.B. mexia em seu soro, ele respondeu questionando se a mãe havia lhe contado, ela disse que sim, e perguntou

o que a mãe fazia, e ele informou que eram duas seringas, uma que parecia água e outra com leite, que ela aplicava nele no banho. Ele apontou onde estavam as seringas e a autorizou que mexesse na sacola.

A terceira testemunha foi Cesar, que disse em juízo ter percebido agressões físicas da mãe em E.B.S. Mencionou os gritos da vítima na hora do banho. Referiu que a ré colocava a criança para dormir sempre com o rosto virado para a parede, que ela comia o que era destinado a seu filho e que não o deixava ir para a recreação, e que para tudo era sempre K.B. quem acompanhava o filho.

A quarta testemunha foi E.J.S., ex-companheiro da mãe e pai de E.B.S. Ele relatou que a mãe tirava a borrachinha do soro e injetava algo em sua veia e o maltratava no hospital. Que E.B.S. ficou doente e foi internado em Bento Gonçalves, tendo sido transferido para Porto Alegre posteriormente, e depois que ele foi ao hospital cuidar de seu filho, a criança melhorou muito. Confirmou que K.B. não permitia que outras pessoas ficassem sozinhas com o menino. Tivera outro filho com ela, J.A.B.S., o qual falecera, em hospital de Porto Alegre, da mesma doença de que padecia E.B.S., algo não esclarecido. Confirmou que os médicos disseram que J.A.B.S. fora internado com leucemia. Depois do afastamento dela de E.B.S., ele ficou internado por 22 dias e, depois, nunca mais teve qualquer problema. No total, a criança ficou internada por cerca de seis meses. Diz-se que ela ria do procedimento médico ao qual seu filho estava sendo submetido.

A quinta testemunha, Maria, em juízo disse que K.B. era companheira atual de seu filho, que ela tinha depressão e fora essa a razão pela qual a criança fora “tirada” dela. Afirmou que K.B. estava grávida novamente (seria o terceiro filho).

A sexta testemunha, Fátima, disse que era assistente social da equipe do hospital em que E.B.S. esteve internado, que a mãe apresentava resistência em se afastar da vítima e em alternar os cuidados com outro familiar, e que atuou na inserção do pai nos cuidados da criança.

A sétima testemunha, Dr. Rodrigo, em juízo disse ter atendido K.B. no período de janeiro de 2013 a janeiro 2014, pois ela teve algumas internações nesse período, que havia registros de agressividade, além de depressão grave e transtorno de personalidade. Disse que ela era instável, pois em dados períodos estava bem e em outros apresentava agressividade, mas reagia bem aos medicamentos. Disse que a Síndrome de Münchhausen é um transtorno raro em que pacientes provocam lesões em si mesmos e buscam atendimento. Relatou que, em casos de mãe e filho, a síndrome é chamada de Münchhausen por Procuração, quando a criança nunca apresenta melhora, que é um quadro complexo em seu diagnóstico e, geralmente, é descoberta

por exclusão. Disse não ter diagnosticado K.B. com a Síndrome de Münchhausen por Procuração. Fez menção a outros transtornos de personalidade em que as pessoas se lesionam, assemelhando-se à referida síndrome. Relatou que, nas consultas, K.B. era capaz de entender o que estava acontecendo.

A oitava testemunha foi a vítima, E.B.S., em sede policial. A criança disse que foi para o hospital, em Bento Gonçalves, porque sua mãe lhe dera azeite para tomar, fazendo com que se sentisse fraco e com vontade de vomitar. Afirmou que, às vezes, sua mãe não lhe dava comida. Relatou que, desde que estivera no hospital em Bento Gonçalves, bem como em Porto Alegre, a ré colocava leite e açúcar em sua veia, através do acesso. Mencionou achar que sua mãe o fazia para deixá-lo mais doente e, dessa forma, não sair do hospital. Disse que sua mãe injetava tal líquido na hora do banho e, ainda, que sua mãe não lhe deixava comer mais que cinco colheres de comida, sendo que ela comia o restante. Afirmou que, quando K.B. foi embora, passou a melhorar. Confirmou ter contado à enfermeira Marta o que sua mãe fazia, inclusive onde estavam os objetos que utilizava. Referiu que sua mãe nunca o deixara ir para a sala de recreação brincar. Afirmou não saber o que ocorrera com seu irmão, J.A.B.S., que ele apenas desaparecera. Disse, ainda, que via sua mãe dando banho em seu irmão e que ela fazia a mesma coisa com ele, colocando líquidos no acesso.

A avaliação psiquiátrica em juízo atestou ter a ré as características compatíveis com o diagnóstico de Síndrome de Münchhausen por Procuração. Especificou o laudo que esse transtorno se caracteriza pela presença de sinais e sintomas apenas quando a criança está acompanhada do cuidador, que pode haver histórico de doença ou morte inexplicada de outra criança da mesma família, que há uma insistência do cuidador para que se realizem procedimentos invasivos ou hospitalizações e que este transtorno não havia modificado a capacidade de entendimento da pericianda, mas alterou a capacidade de determinação para o delito de tentativa de homicídio duplamente qualificado, guardando nexos causal com o delito.

No despacho do magistrado, ele repete o parecer da perícia, de que a ré não desejava a morte da vítima, pois buscava causar danos à saúde do filho para, com isso, obter atenção médica, logo a situação seria incompatível com a imputação de dolo direto de matar e que, caso a morte ocorresse, seria uma intercorrência não desejada. Caso sobreviesse a morte (em decorrência do agir da mãe), o resultado ser-lhe-ia atribuído a título de dolo eventual, na medida em que ela teria aceitado o risco de produzi-lo, mas nesse caso não seria possível pronunciar a ré por tentativa de homicídio mediante dolo eventual ou indireto, por duas razões:

- a) Em primeiro lugar, pela incompatibilidade da tentativa com o dolo indireto.
- b) Em segundo lugar, e mais importante, porque a própria denúncia, no caso concreto, não atribui à ré o dolo eventual, de modo que a pronúncia nesses termos seria uma violação do princípio da congruência ou correlação²⁵.

Com essas questões o juiz concluiu pela desclassificação da imputação de tentativa de homicídio descrita na denúncia e seus aditamentos para outra, alheia à competência do Tribunal do Júri, e declinou da competência para uma Vara Criminal comum.

Para ilustrar mais ainda esse caso, vamos postar (quase na íntegra) uma matéria jornalística de Carina Furlanetto e Greice Scotton veiculada na internet em 02 de setembro de 2017²⁶ sobre o episódio, na qual as jornalistas resumem o caso a partir da campanha desencadeada no município para encontrar um doador de medula para a vítima, E.B.S., que nunca teve leucemia ou qualquer outra doença, mas que, pela articulação, simulação, indução de doenças, sinais e sintomas, pela própria mãe, a equipe médica viu-se enganada a tal ponto que pensou que ele precisava de transplante, quando na verdade tudo fora forjado e desencadeado pela conduta da mãe.

De solidariedade a caso de polícia

O que tinha tudo para ser mais uma história comovente de solidariedade em Bento Gonçalves ganhou contornos revoltantes e virou caso de polícia. A busca por um doador de medula que poderia salvar a vida de Eduardo Borges Stringhi, de sete anos de idade, mobilizou familiares, amigos e pessoas da comunidade. De doente grave há poucos dias, Eduardo hoje brinca feliz com colegas de escola e já não apresenta sintomas. O detalhe é que ele não recebeu o transplante, tampouco qualquer tratamento específico para leucemia. Médicos descobriram que o que provocava a baixa imunidade era o fato de o menino estar recebendo injeções de substâncias no soro. A principal suspeita é a mãe dele, que está internada em uma clínica psiquiátrica desde que a situação foi descoberta. O caso está sendo investigado pela Polícia Civil.

A desconfiança dos médicos que atendiam Eduardo em um hospital de Porto Alegre começou após a constatação da ineficácia de alguns tratamentos e da instabilidade do quadro de saúde do menino, apesar da manutenção dos medicamentos. Segundo ocorrência registrada no dia 14 de agosto deste ano na 14ª Delegacia de Polícia de Porto Alegre, a médica responsável pelo caso relatou que as complicações eram consideradas anormais e que a mãe estaria injetando substâncias no soro, o que configuraria tentativa

²⁵ Vide Acórdão do Recurso em Sentido Estrito Nº 70078449832, 2ª Vara Criminal, Comarca de Porto Alegre – “[...] incompatibilidade da tentativa com o dolo indireto. É sabido que o tema é controverso, sendo que há doutrina e jurisprudência nos dois sentidos, mas a posição deste Juízo tem sido a de que não é possível atribuir a alguém a conduta de tentar cometer um homicídio não intencional”. “[...] a denúncia, no caso concreto, não atribui à ré o dolo eventual, de modo que a pronúncia nesses termos seria uma violação do princípio da congruência ou correlação. A acusação chegou a mencionar que a ré agia ‘colocando [o ofendido] em risco’. Não se pode deduzir daí, porém, que a denúncia contemple a imputação de dolo eventual. Em linguagem jurídico-penal, ‘colocar em risco’ (assim como ‘expor a perigo’) é expressão típica de crimes de perigo, como o do art. 132 do Código Penal (‘Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente’). Para a atribuição de um crime de resultado (como o homicídio) a título de dolo eventual, é necessário mais do que a mera colocação ou exposição a risco ou a perigo: é indispensável que se impute ao agente também a aceitação do resultado (nos termos do art. 18, I, do CP, o crime é doloso ‘quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo’), que é coisa bem diversa”.

²⁶ Disponível em: <https://www.serranossa.com.br/de-solidariedade-a-caso-de-policia/>. Acesso em: 02 jan. 2023.

de homicídio. O caso foi encaminhado para investigação na 1ª Delegacia de Homicídios e Desaparecidos (1ª DHD), também na capital. “Não houve prisão em flagrante, mas a mãe responderá Inquérito Policial já instaurado”, garante o delegado titular da 1ª DHD Cléber dos Santos Lima.

Até o momento, a investigação confirma a tese inicial de tentativa de homicídio. Diversas pessoas que tinham relação com a criança já foram ouvidas pelos investigadores. ‘Já ouvimos a médica que desconfiou, a enfermeira que cuidava do garoto e o pai e até o momento tudo indica que tenha ocorrido uma tentativa de homicídio’, detalha o delegado. Segundo ele, as substâncias que estariam sendo aplicadas pela mãe foram apreendidas e encaminhadas para perícia. ‘O que importa é que a criança está bem e que melhorou significativamente depois que foi retirada dos cuidados da mãe no ambiente hospitalar’, diz Lima.

O SERRANOSSA entrou em contato com a médica que registrou a ocorrência, mas ela preferiu não se manifestar. Também foi tentado contato com a mãe do menino. Na clínica foi informado que ela pode receber visitas diariamente, mas não pode conceder entrevista por estar em tratamento.

Briga antiga. Desentendimentos são recorrentes na família de Eduardo. Os pais do garoto estão separados desde que ele tinha dois anos de idade e a guarda dele havia sido concedida para a mãe. Segundo o pai, Edemar Joel Stringhi, ele chegou a ser proibido de ver o próprio filho enquanto estava internado. ‘Ele nos conta que antes da internação a mãe o obrigava a tomar azeite puro e que, caso ele não aceitasse tomar, era agredido fisicamente. No hospital, a alegação para as injeções era de que as substâncias seriam remédio’, detalha o pai.

A partir da retirada da criança do convívio com a mãe, no dia 14 de agosto, mesmo dia em que a ocorrência foi registrada, o pai deslocou-se a Porto Alegre e passou a tomar conta de Eduardo. Ele conta que a campanha em prol do doador de medula foi mantida porque não se tinha certeza se os sintomas eram resultado da leucemia ou das substâncias aplicadas no soro. ‘No dia da campanha ele continuava internado e estava bem ruim’, lembra o pai. O garoto recebeu alta no começo de setembro.

O pai relata que, enquanto estava junto com a mãe do garoto, nunca teve problemas de relacionamento, tampouco notou comportamentos estranhos por parte dela. A preocupação começou depois do falecimento do irmão de Eduardo, de quatro anos de idade, em setembro do ano passado. A criança era filha do mesmo pai, mas nasceu após a separação do casal. O diagnóstico do menino também apontava para um tipo de leucemia. Depois da morte, Eduardo passou a se queixar de fortes dores de barriga e foi internado no hospital Tacchini, em Bento Gonçalves. Como o quadro não melhorava, foi transferido para Porto Alegre. O diagnóstico de que o garoto teria um tipo de leucemia, a exemplo do irmão falecido, foi dado apenas após a internação na capital. Apesar da coincidência entre os casos, o delegado responsável diz que não será feita a exumação do corpo em busca de provas que poderiam atribuir a morte à mãe da criança. ‘O que consta no atestado de óbito é que a causa da morte foi natural, o que não nos dá argumento para uma exumação’, destaca Lima.

Segundo Stringhi, sua ex-esposa não tinha conhecimentos específicos de enfermagem e nunca trabalhou. Desde o incidente, ela permanece internada na Clínica Psiquiátrica Professor Paulo Guedes, no bairro Ana Rech, em Caxias do Sul. O pai obteve a guarda provisória do garoto e se diz aliviado. ‘Eu pagava pensão e achava que ele estava bem cuidado e na verdade não estava’, lamenta. De acordo com o pai, Eduardo relata não querer mais contato com a mãe (FURLANETTO; SCOTTON, 2017, online).

2.3 JULIE GREGORY (VÍTIMA) X SANDY SUE SMITH (PERPETRADORA) - EUA

Este caso foi retirado do livro autobiográfico escrito pela própria Julie Gregory, intitulado *Sickened: The true story of a lost childhood* (GREGORY, 2008).

As crianças na escola iam até ela e perguntavam-lhe à queima-roupa se era anoréxica. Mas não era. Diz ter sido concebida em um útero doente de uma mãe doente – que passou fome e que, por sua vez, deixou-a passar fome.

Quando nada era encontrado por um médico, a mãe esbravejava e dizia que estava apenas tentando ajudar a descobrir o que a filha tinha. E Julie tranquilizava a mãe dizendo que iam descobrir. Moravam os quatro, ela, a mãe, o pai Dan Gregory, o pequeno Danny seu irmão, em um trailer num beco sem saída em uma estrada de terra no sertão de Ohio.

Além das idas ao médico, Julie relata que eles ficavam a maior parte do tempo em casa, e que nunca nada fora encontrado para que se fizesse um diagnóstico completo e legítimo, mas eles continuaram procurando, porque a mãe tinha certeza de que a resposta estava no coração. Julie pensava que uma mãe devia saber dessas coisas, então devia estar certa. Quando a mãe insistia em fazer outro teste e os médicos não queriam, procuravam outro que fizesse.

Julie diz que tudo começou quando se mudaram para o Arizona para ficar mais perto da avó materna, Madge, ela tinha três anos na época. A mãe levou-a ao Dr. Phillips e relatou que ela ficava doente principalmente nos dias de escola, com febre alta e dores de garganta muito fortes, e que achava ser estreptococo ou amigdalite. Nessa época, eles tinham um seguro saúde com cobertura médica completa. Township Family Physicians ficava a 16 km da casa dela e, desde o primeiro check-up, ela voltou a ter dores de garganta, náuseas e dores de cabeça e era alérgica ao novo carpete da casa, o que induziu o Dr. Phillips a prescrever uma dieta a fim de constatar se era algo alimentar, restringindo chocolate, carne, ovos, laticínios e pão de todas as refeições.

Julie diz que, antes das consultas, a mãe a instruíra perguntando como uma pessoa age quando está doente, que não poderia se mostrar toda sorridente, pois ele não acreditaria nela, que ela tinha que mostrar a ele como estava doente fora do consultório médico para que pudessem chegar ao fundo da coisa e descobrir quais doenças ela tinha.

Logo em seguida a mãe passou a dizer que ela tinha dores de cabeça e febre e, nessa consulta, Julie diz que pensou não saber o que era dor de cabeça e ficou em dúvida sobre o que responder às perguntas do médico na consulta, e acabou dizendo para ele que não tinha certeza dos sintomas, o que deixou a mãe furiosa. Mas o Dr. Phillips disse que pode ser uma enxaqueca e prescreveu Ergostat. A mãe disse, ademais, que Julie tinha enurese noturna.

Voltaram depois ao médico para falar da lista de novos sintomas, e Julie, quando perguntada pelo médico se estava bem, acenou com a cabeça dizendo que sim, e logo mais foi repreendida pela mãe, que lhe deu um beliscão em seu joelho e resmungou que era melhor ela parar com aquilo.

A mãe argumentava que nunca conseguia um emprego porque Julie estava muito doente. A mãe dizia com frequência que não suportava Julie. O cabelo de Julie passou a ser cortado como de menino. Ela tinha sete anos quando nasceu o seu irmão, Danny.

Em certa ocasião, Julie caiu e torceu o pulso e estava evidente que o quebrara, mas a mãe dizia que mais tarde a levaria ao hospital, e, quando de fato foram, ela havia quebrado o pulso em três lugares.

Julie diz que tudo o que ela e Danny queriam era passar o verão brincando na piscina, mas a mãe dizia que tinham de ajudá-la a fazer uma cerca de arame farpado, amarrar o feno para os cavalos e toda a lida de uma propriedade rural. E, assim que terminavam uma tarefa, sempre havia outra urgente a fazer, antes que pudessem ser felizes ou brincar como crianças.

Quando Julie começou a 5ª série, na nova escola, a mãe combinou com o diretor para tirá-la da aula sempre que conseguisse uma consulta médica de última hora, explicando a ele o quanto Julie era doente.

O Dr. Phillips prescreveu mais remédios para enxaqueca e indicou nomes de especialistas que poderiam avaliar o resto dos sintomas. Julie às vezes ia para outros condados experimentar novos médicos, que faziam os exames sobre os quais a mãe lia nas revistas de salas de espera, ocasiões nas quais dizia, “Bem, você está doente de novo, querida, e este livro está ajudando a mamãe a descobrir”. “Tem alguma coisa de errado comigo?”, perguntava Julie, ao que a mãe respondia, “Você tem muitos sintomas, querida, mas há todos os tipos de testes que vão nos ajudar a descartar algumas das doenças mais graves. Temos uma lista de médicos aqui, então estamos em boas mãos, certo, Sissy”.

A mãe fazia o marido obrigar Julie a comer, à força, cartilagem e gordura da carne, alegando que seria bom para ela, enfiando-as na boca dela até que vomitasse. E ainda dizia que odiava ver qualquer criatura passar fome.

Certa vez, quando estavam indo para casa de carro, a mãe disse a Julie que, se ela não tivesse tempo para fazer o dever de casa naquela noite, ela poderia fazê-lo no ônibus na manhã seguinte, porque ela teria que descarregar os sacos de grãos, comida de cachorro, os mantimentos, a ração dos cavalos e lavar toda a louça depois do jantar.

Em certa época, a mãe resolveu cuidar de idosos em casa para ganhar um dinheiro extra. Ela colecionava livros de Medicina e certa vez disse que o irmão de Julie, Danny, estava com chiado no peito e dificuldade em recuperar o fôlego, além de ter que tirar as amígdalas.

Numa noite, Julie acordou com a mãe andando na ponta dos pés, depois sentou na beirada da sua cama, com uma pistola dentro da boca, olhar apavorado, em lágrimas e

levantando a mão para o gatilho do revólver, quando disse “Quero dizer, vocês, crianças, me odeiam. Eu sou uma vadia, uma chata como seu pai diz e vocês, crianças, me odeiam, é o que ele diz”. Ela deixou cair a arma no colo e o queixo sobre o peito. A mãe tremeu e, sob soluços, perguntou “Você já foi molestada, Julie?”. E então a mãe revelou que havia sido molestada.

Foram a um novo centro médico, mas a mãe sabia o que fazer, pensava Julie. A mãe pediu para falar com o médico em particular e lhe solicitou para coletarem urina por sonda uretral, sem Julie saber.

Foram a um novo pediatra da cidade, e a mãe relatou que Julie tinha indigestão, arrotava alto e parecia ter uma reação adversa à carne. Na mesma semana já havia ido ao pediatra para tomar reforço antitetânico, pois pisara descalça em um prego enferrujado. Logo em seguida a mãe a internou por causa da indigestão.

A mãe fazia Julie ir à escola sem café da manhã, não lhe dava dinheiro para a merenda e, quando descia do ônibus de volta a casa, tinha que fazer todo o trabalho da fazenda, como alimentar os cavalos, carregar três fardos de feno do celeiro para a manjedoura, cortar o gelo no cocho com uma marreta, alimentar os cavalos com baldes de grãos e colocar um extra no carro para aquele potro que alimentavam no caminho para a cidade. Depois de alimentar e tratar todos os animais, tinha de encher o armário da casa com lenha suficiente para a noite e no dia seguinte despejar a bandeja de cinzas do fundo do fogão a lenha. Tinha, ainda, de cortar lenha com um machado para substituir aquela que havia colocado na casa e depois carregar baldes de cinco galões de carvão. Após, tinha de pôr a mesa para o jantar e limpá-la ao término da refeição. Ela só podia fazer a lição de casa ao fim de todo o resto, e isso geralmente não acontecia senão até tarde da noite. Certo dia ela foi pega roubando frutas da bandeja de uma criança no refeitório da escola, porque tinha fome.

Em nova consulta com a Dra. Kate, pediatra, identificou-se uma alteração nos batimentos cardíacos dela, o que deixou a mãe muito satisfeita com a doutora, por ela ter encontrado algo em Julie. De volta ao hospital para exames, o monitor Holter não mostrou achados significativos, o que deixou a mãe furiosa. O médico indicou outro cardiologista, ligado a *Ohio State University*. A mãe rebateu “O que você está tentando me dizer aqui, que essa garota é normal? Que estou inventando isso? Vou procurar um médico competente o bastante para descobrir o que ela tem, entendeu? Vou voltar para a Dra. Kate e dizer a ela que vocês simplesmente não dão a mínima para essa criança”. Segundo a mãe, agora ela também tinha distúrbios genéticos e mau funcionamento das válvulas cardíacas, ademais, os remédios

amontoavam-se nos armários da cozinha. Para que Julie ficasse com aparência pior, mais doentia, a mãe pintava seu cabelo de loiro, até que um dia ele ficou verde.

Nos seis anos seguintes, o casal adotou várias crianças – Timmy, Penny, Bradley, Rudy, Janey, Martin, Ricky, Lloyd e, mais tarde, Maria. Lloyd gaguejava, alguns deles tinham dificuldades de aprendizado e todos haviam sido removidos de suas próprias casas por algum tipo de abuso ou negligência. Eles iam e vinham. Alguns permaneceram por anos. A mãe tinha um bom histórico com a agência de adoção, porque ela aceitava qualquer criança. Quando a assistente social ligava, ela os aceitava no mesmo dia, na mesma hora, mas ela rapidamente passou a eliminar as mais velhas, mandando-as de volta. O que determinava se elas ficariam era o quão jovem elas eram e o quão dóceis poderiam ser.

Julie se questionava quanto tempo poderia passar fome sem efeitos colaterais. Tinha 13 anos e sentia-se mal o tempo todo, cansada. A mãe de Julie ia às reuniões de pais e mestres e conversava com os professores individualmente, contava-lhes sobre a condição cardíaca dela, que ela tinha pontadas de dor no peito, falta de ar, o que a levava a ter pouco oxigênio no cérebro, o que explicaria seu mau desempenho escolar.

Foram a um novo cardiologista, o terceiro indicado pela Dra. Kate, que a orientou que, se ele não conseguisse encontrar nada, provavelmente não era algo no coração. E a mãe dizia, “Vou mostrar a esses malditos filhos da puta no hospital que não sou louca”. “Você está doente, caramba, você tem um problema de coração, eu sabia o tempo todo, e aqueles babacas ali naquele hospital caipira não sabem do que diabos estão falando”. Julie concordava, “Eu sei, mãe, eu sei. Não se preocupe, vamos chegar ao fundo disso”.

Julie fez todos os testes, usando outro monitor cardíaco fez mais eletrocardiogramas, uma corrida fraca na esteira e nada, tudo normal. Voltaram ao hospital e Julie foi informada pela mãe que ela faria um cateterismo cardíaco. Julie se desesperou. A enfermeira iniciou a tricotomia genital em Julie, que chorava desesperadamente. Na manhã seguinte ela foi para a sala de cirurgia fazer o cateterismo cardíaco.

No *Ohio State Hospital*, ela, a mãe e o cardiologista, contou Julie que a mãe falava com o cardiologista como se colega dele fosse. Todavia, nada foi encontrado nos exames cardíacos que ela fez. A mãe diz a ele que, pelos testes inconclusivos, agora era a hora em que realmente seria preciso avançar para a cirurgia de coração aberto e chegar ao fundo da questão. O médico rebateu e disse que Julie não precisava de cirurgia cardíaca. A mãe ficou furiosa, xingou o médico, ameaçou-o, mas ele continuou firme, dizendo que Julie não tinha nada. O Dr. Strong prescreveu remédios para prolapso da válvula mitral (que a mãe dizia ser o seu problema).

A mãe queria fazer algo sobre a boca aberta de Julie o tempo todo, o que as levou a consultar um especialista em ouvido, nariz e garganta em Columbus. A mãe e o médico falaram sobre passagens nasais e como a falta de fluxo de ar através delas pode causar todos os tipos de problemas médicos, desde irregularidades cardíacas até oxigênio restrito no cérebro. Eles marcaram um procedimento no mesmo dia, onde ele esculpiria a cartilagem extra das passagens nasais na esperança de fechar os lábios de Julie e lhe possibilitar respirar normalmente. Ele diz que havia desvio de septo. E a mãe disse que esse procedimento contaria como um dos presentes de Natal de Julie, porque não estava totalmente coberto pelo seguro.

A mãe debochava dos filhos adotivos, e mandava Julie bater neles. E Julie batia.

Julie marcou reunião com o Sr. Marks, o conselheiro de meio período da sua escola, porque ouviu falar que poderia pedir emancipação para poder sair de casa. Em vez disso, ele ligou para a mãe e o pai dela e, naquela noite, na cozinha, a mãe a pegou pelos cabelos e a jogou no chão e o pai enfiou-lhe as botas com bico de aço na barriga várias vezes.

A mãe a levou ao novo centro médico e ela foi preparada para fazer exames de contraste com Bario para o trato gastrointestinal. E Julie pensava: o que será que eles estão procurando? Assim que Julie fez 16 anos, a mãe obrigou-a tomar anticoncepcional. Julie pensou que chegara ao fim da estrada, porque os médicos não conseguiam encontrar mais nada de errado com ela.

Foi violentamente agredida na face pelo pai, instigado pelos apelos insistentes da mãe, que alegava que Julie usava lenços de papel e os jogava no chão. Depois disso, a mãe arranhou um emprego para ela no *Lancaster Fairfield County Hospital* como auxiliar de enfermagem. Lá, Julie contou à assistente social Melissa como a mãe tratava os irmãos adotivos, o que culminou na perda da guarda de todas as crianças e também dos idosos de que cuidava.

De volta a Lancaster, Melissa encontrou Julie no hospital e disse que nunca poderia contar a eles que fora ela a denunciante, por mais convincente e compreensiva que a mãe pudesse parecer. E deu um número de emergência da agência a Julie, para que ligasse caso descobrissem. Melissa temia por ela.

Melissa levou Julie para uma casa de emergência para adolescentes fugitivos e delinquentes, prometendo-lhe uma casa particular com uma boa família. Nesse período que Julie ficou na casa de passagem, os pais levavam, todos os dias, o irmão Danny, de dez anos, e o faziam percorrer todos os corredores do hospital para tentar persuadir Julie a voltar a casa.

Quando o caso de Julie chegou ao tribunal foi feita uma audiência de reconciliação com um psicólogo no pequeno centro de Logan. O pai contou uma situação invertida e disse que

eles estavam processando Julie por indisciplina, o que a deixou insegura, e ela acabou desistindo de continuar com as denúncias contra eles.

Como Melissa não poderia mantê-la em um orfanato sem o apoio do tribunal, o qual não poderia apoiá-la sem prova ou testemunho do abuso, eles não tiveram escolha a não ser mandá-la para casa.

Foi o momento mais feliz para Julie. Nunca conversaram sobre a denúncia, pois passaram a agir como uma família normal. E Julie não estava mais doente. Durante todo o tempo em que esteve no orfanato, não tomou nenhum remédio para o coração. Em vez de consultar médicos, ela passava as horas livres pulando do trampolim da piscina pública e comprando roupas com o salário do hospital.

Conseguiu um emprego depois da escola na *Rax Roast Beef* e tinha seu próprio dinheiro para a merenda escolar, um jantar com desconto na Rax e, como tinha que pegar o carro para a escola nos dias de trabalho, podia parar em algum lugar e tomar café da manhã.

Após dormir na casa de uma amiga, ao chegar em casa viu que esta havia queimado por inteira, inclusive com o seu cachorro dentro. Receberam o seguro da casa e sua mãe foi embora com um vizinho para o México, ficando Julie com o pai.

O pai logo em seguida foi embora e deixou ela e Danny sozinhos. Tempos depois sua mãe voltou do México e tentou persuadir Julie a se casar com um homem bem mais velho, alegando que ninguém ia querer uma mulher doente como ela.

Nos três anos seguintes foram dez mudanças por três estados diferentes. No ano que ela fez 21 anos, voltou para Ohio. Passou, então, a sentir-se fraca e doente, comia pouco. Começou a achar que estava doente e que iria morrer antes dos 25 anos, como a mãe dizia.

Quando ela se encontrava com a mãe, esta se comportava como criança. A cada dois meses, recebia um telefonema de Danny, para ela ir tirar a arma da boca da mãe ou o frasco de comprimidos de suas mãos.

Julie queria descobrir se era louca como a mãe e o pai. Queria saber se tinha danos cerebrais como a mãe sempre disse. Ir para a escola, especialmente em Columbus, era a única maneira de descobrir, para esconder a vergonha de ser todas essas coisas.

Ela se inscreveu, então, para o trimestre de verão em duas disciplinas e, numa delas, Psicologia, teve uma surpresa quando o professor passou a explicar a Síndrome de Münchhausen por Procuração. Desesperou-se pensando pelo que passara, no que os médicos a fizeram passar acreditando em tudo o que a sua mãe inventava.

Ela marcou um encontro de emergência com a assistente social Myrna, no *Family Center*, e foi levada para um abrigo gratuito para mulheres espancadas e doentes mentais. O irmão Danny foi a pessoa para quem eles ligaram. Ele chorou ao vê-la. Ela tentou convencê-lo a testemunhar contra os pais. Ela saiu do abrigo quatro dias depois e se mudou para uma casa, uma fazenda em ruínas a apenas um quilômetro e meio do hospital onde fora operada certa vez.

Só para cobrir as despesas básicas, trabalhava meio período como recepcionista numa clínica médica natural. A mãe morava em Montana agora, num trailer com seu amante índio-americano, e Julie ainda falava com ela eventualmente, e falava com ela como se nada houvesse acontecido, como se tudo estivesse bem. Ainda atendia suas ligações suicidas no meio da noite e tentava dissuadi-la de se matar.

Julie escreveu uma carta ao pai relatando toda a história do seu sofrimento infligido pela mãe e, de certa forma, por ele também, que era conivente com tudo. O pai leu, chorou e nada disse, não mencionando qualquer arrependimento, entristecendo-a.

Ela reuniu coragem para ligar para Township e pediu cópia de seu arquivo médico. Ao ler tudo aquilo, refletiu que a criança mansa com problemas cardíacos morrera. Agora ela era uma mulher de verdade, com corpo e temperamento de mulher, alguém que podia articular seus pensamentos, sentimentos, vontades e desejos.

Fez terapia e ainda sentia muita culpa, sentia que traía sua mãe. Pensa que foi treinada desde o útero como um álibi para a inocência da mãe. Certa tarde, aos 31 anos de idade, ela disca o número da mãe, que a convida a morar com ela, e Julie aceita, pensando que a mãe mudara.

Julie conhece o marido Ed e seus dois filhos adotivos pequenos, Tina e Paul. Tina tem onze anos e seu irmão, Paul, tem quatro, a mesma diferença de idade de Danny e Julie. Ela é pequena, como Julie era, e usa o mesmo penteado ridículo que a mãe fazia em Julie.

Julie percebeu que a mãe fazia com Tina o mesmo que fazia com ela, igualzinho, e, no seu primeiro comentário sobre isso, a mãe descamba “Deixa eu te falar uma coisa menina, aquela criança é uma burra, ela vai mal na escola, ela nunca vai dar em nada, e se eu não a acolhesse, ninguém iria, entendeu? Ninguém teria aquela filha da puta!”.

Julie ficou três dias e foi embora, sob a acusação da mãe de que queria lhe roubar o marido. Voltou, então, para Ohio e encontrou Danny, pediu-lhe apoio para provar e desmascarar a mãe, denunciando-a. Estava pronta para isso, queria salvar Tina das mãos dela. Então deu início ao processo.

3 A DOCTRINA E JURISPRUDÊNCIA SOBRE DOLO E CULPABILIDADE

3.1 CONCEITO DE CRIME

O crime, pela lógica positivista, é composto por elementos relacionados ao fato (tipicidade), ao agente (culpabilidade), e, ainda, a determinadas opções de política criminal (punibilidade) (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

Pela lógica dogmática, o crime é um fato típico, ilícito e culpável, configurando a concepção tripartida do delito, que tem a preferência maciça da doutrina contemporânea (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

A tipicidade é a avaliação se uma ação humana está de acordo com o que é previsto na lei, enquanto a antijuridicidade (ilicitude) é a avaliação se a ação humana é contrária à lei. Ambos os conceitos se referem à ação humana e são avaliações feitas sobre ela. Por outro lado, a culpabilidade não é uma avaliação da ação em si, mas sim uma avaliação sobre o seu autor (PUTHIN, 2021, p. 168-173).

Entre as teorias que compõem os fundamentos da dogmática penal – a teoria da pena, a teoria do crime e a teoria da lei penal –, a teoria do crime²⁷ é a que mais se desenvolveu pelo fato de que busca estabelecer um sistema conceitual que permite qualificar um comportamento humano como crime. Para isso, é necessário levar em consideração dados empíricos (elementos materiais) que sustentam o entendimento da conduta social, já que o direito penal tem como objetivo regular as ações humanas (PUTHIN, 2021, p. 169).

O conceito formal de crime é extraído unicamente da lei e se configura formalmente quando atendidos os requisitos legais acerca da tipicidade, da ilicitude e da capacidade do agente – imputabilidade penal (PACELLI; CALLEGARI, 2018). O conceito formal de crime está baseado na definição legal (na norma penal) do que é um comportamento delituoso, sujeito a sanções penais, e se refere à ação ou omissão que é proibida pela lei, sob a ameaça de sanção penal (PUTHIN, 2021, p. 170).

Pelo conceito material de crime este se configura quando o comportamento descrito no tipo se concretiza, a conduta não é justificada por excludentes, e quando o agente pode ser

²⁷ Para maior compreensão do tema vide D'Avila (2017). O autor propõe uma redefinição do conceito de ação, bem como a sua posição e função dentro da dogmática penal, abandonando o conceito pré-típico e suas funções, incluindo a função de delimitação. Sugere a realização do tipo de ilícito como ponto de partida da teoria do crime. O conceito de ação continua sendo importante como elemento constitutivo do tipo, exercendo a função de referencial comportamental para o juízo de imputação. O conceito proposto não está restrito ao comportamento humano e também abrange a pessoa jurídica como sujeito ativo de crime.

considerado culpável (PACELLI; CALLEGARI, 2018). O fundamento material de todo crime é a concretização da vontade num fato externo (BITENCOURT, 2018, p. 107). O conceito material de crime difere do conceito formal, pois este se baseia na lei enquanto aquele se refere a ações e omissões que vão contra os valores e interesses sociais, colocando em risco as condições de vida do grupo social. O crime, nesse caso, é definido como violação ou exposição a perigo do bem jurídico²⁸ e é considerado uma ofensa aos bens jurídico-penais (PUTHIN, 2021, p. 170).

Mas existem três correntes que conceituam crime de forma diversa segundo Pacelli e Callegari (2018).

a) Formal – que preceitua que crime é o fato humano proibido pela lei penal. Conceito insuficiente que se preocupa exclusivamente com o aspecto externo do fenômeno criminoso, e não com o seu conteúdo.

b) Material – conceito relacionado ao conteúdo do ilícito penal, ao caráter danoso da ação ou seu desvalor social. Preocupa-se com os aspectos intrínsecos, internos, do crime e vem perdendo sentido a partir do advento do princípio da reserva legal, segundo o qual alguém só pode ser punido se existente lei prévia à sua conduta que a tipifique como crime.

Nos crimes materiais, a ação, ao se realizar, sempre modifica alguma coisa, produzindo um resultado que não a integra, embora faça parte do tipo. O resultado, numa concepção naturalística, é a transformação do mundo exterior (BITENCOURT, 2019, p. 108)²⁹.

c) Analítico ou dogmático – O crime resta desmembrado nos elementos constitutivos de tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade e a conduta (ação ou omissão) deve ser típica, antijurídica e culpável.

3.2 A TIPICIDADE OU TIPO PENAL

²⁸ Vide D’Avila (2009). O texto discute a teoria da proteção exclusiva de bens jurídicos no Direito Penal e sua importância para a validade das leis penais. Essa teoria limita o poder do Estado de punir a proteção apenas dos bens jurídicos mais importantes para a sociedade, excluindo a criminalização de condutas que não afetem valores fundamentais para a existência e desenvolvimento social. O autor enfatiza a necessidade de estabelecer um padrão mais alto de prova em processos criminais do que em processos civis para favorecer sistematicamente a posição do réu. A teoria dos bens jurídicos é um pilar do pensamento e da justiça penal liberal, visando proteger os bens jurídicos mais importantes para a sociedade. Vide também D’Avila e Saavedra (2011, p. 325-337), os autores exploram como a discussão contemporânea sobre o bem jurídico e o princípio do dano pode contribuir para a teoria do reconhecimento de Axel Honneth. Eles destacam como a sanção legal pode atualizar os conceitos-chave de justiça e injustiça, presentes na obra de Honneth. Os autores sugerem que o bem jurídico e o princípio do dano podem ser desenvolvidos dentro da teoria do reconhecimento de Honneth e que ambas as teorias têm muito a ganhar em explorar suas possibilidades e limitações em conjunto.

²⁹ Nesse entendimento admitem-se crimes sem resultado. No entanto, admitindo-se o resultado concebido como evento, num conceito jurídico, identificando-se com ofensa (dano ou perigo) a um bem jurídico tutelado pela norma penal, forçoso é concluir que não há crime sem resultado.

O Tipo penal ou Tipo legal de crime, se refere à descrição feita pelo legislador no dispositivo da lei penal, descrição do fato criminoso pela lei penal, da conduta proibida, sendo este o tipo incriminador³⁰, e de uma conduta proibida com exclusão da ilicitude, que seria o tipo penal permissivo (PACELLI; CALLEGARI, 2018; D'AVILA, 2016). O Tipo legal é a descrição da conduta proibida na norma, e não caracteriza objetivamente o autor, limitando-se a utilizar uma fórmula neutra, como por exemplo no artigo 121 do Código Penal, “matar alguém” (D'AVILA, 2016). Propõe D'Avila (2016, p. 363) a substituição do tipo legal por tipo de ilícito, como parâmetro de subsunção, sendo este “conjunto dos elementos materiais e formais, escritos ou não, que constituem a matéria de incriminação”. A forma como a tipicidade passou a ser compreendida sofreu mudanças significativas devido ao reconhecimento dos elementos normativos e subjetivos no tipo legal. Na época, o dolo e a culpa estavam localizados na culpabilidade (D'AVILA, 2016).

Segundo esse entendimento, D'Avila (2016, p. 370-372) se refere ao tipo de ilícito, com o ilícito sendo a *ratio essendi* da tipicidade, “é o ilícito a razão de ser do tipo, o seu fundamento” (p. 375). O crime só é considerado como tal se for ilícito. Além disso, o autor argumenta que a ilicitude tem um papel fundamental na teoria do crime, sendo considerada o primado ontológico da tipicidade, e que tipo e ilícito não devem se confundir, não podendo ocorrer ilícito penal sem tipicidade.

O Injusto penal é a junção do tipo legal com a ilicitude, ou seja, é a conduta/ação típica valorada como ilícita. Então o tipo de injusto ou injusto é o tipo legal acrescido da antijuridicidade ou ilicitude (PACELLI; CALLEGARI, 2018; BITENCOURT, 2019; ROXIN, 2008, p. 794).

O núcleo objetivo de todo crime é a ação. Os tipos penais podem descrever simplesmente uma atividade finalista ou então uma atividade finalista que produz determinado resultado: na primeira hipótese teríamos os crimes formais e, na segunda, os crimes materiais ou de resultado (BITENCOURT, 2019, p. 107).

³⁰ Ver D'Avila (2016, p. 361-362) “[...] tipo em sentido estrito, é dizer, em relação ao conceito de tipo que deve ser tomado como referência ao processo de subsunção, a revelar a tipicidade ou atipicidade de um determinado fato [...] A proposição belingniana, contudo, e como melhor se verá adiante, partia de uma concepção de tipo neutra e descritiva, hoje sabidamente superada. Aliás, nessa seara, é esse um dos poucos pontos de consenso. Uma formulação típica desprovida de valoração é algo absolutamente insustentável. E se isso é assim, se o tipo não existe desprovido de um juízo de valor, a defesa de uma tipicidade estritamente formal, na linha do vetusto *gesetzlicher Tatbestand*, faz-se igualmente insustentável no estado atual da teoria do crime [...]. O tipo em sentido estrito deve corresponder, em termos dogmáticos, à violação do preceito normativo que lhe subjaz, seja ele preceptivo ou proibitivo. A bem da verdade, ele é a própria descrição legal dessa precisa violação e, portanto, expressão legislativa da ‘negação de valores’ que a norma penal busca resguardar”.

As normas visam proteger e tutelar os bens jurídicos que, uma vez lesados por uma conduta humana, resultam o injusto punível. O fato, para se constituir em um crime, deve ser uma conduta típica, antijurídica e culpável. Deve haver um nexo causal³¹ entre a conduta e o resultado produzido. E, para essa conduta ser considerada crime, ela deve se ajustar perfeitamente a um tipo legal de crime, descrito na lei penal. Caso não ocorra esse encaixe da conduta no tipo penal ela será atípica e não criminosa.

Segundo ensinam Pacelli e Callegari (2018) sobre a tipicidade:

A tipicidade, por sua vez, é a conformidade, a correspondência, da conduta concretamente praticada à descrição abstrata contida na norma. É o ‘encaixamento’ da ação ou omissão humana àqueles elementos consubstanciados na norma penal, que constituem por sua vez o tipo.

A tipicidade é a adequação de um fato cometido à descrição que dele se faz na lei penal. Por imperativo do princípio da legalidade, em sua vertente do *nullum crimen sine lege*, só os fatos tipificados na lei penal como delitos podem ser considerados como tal.

Assim, podemos dizer, para facilitar a compreensão, que o tipo é o ‘modelo’, e a tipicidade é a adequação do fato àquele modelo. Portanto, uma conduta que recebe o adjetivo típica é aquela que se deu em conformidade com o tipo penal, tendo revelado um juízo de tipicidade positivo.

No tipo se encontra apenas o texto, por exemplo - *matar alguém* (art. 121, CP), onde a norma penal desse tipo seria *não matarás* (PACELLI; CALLEGARI, 2018, p. 246).

Francisco de ASSIS TOLEDO assevera que o conceito de injusto engloba toda e qualquer ação típica e antijurídica, mesmo que não seja culpável. O crime é, pois, um injusto culpável; mas o injusto é uma conduta ilícita que pode não se aperfeiçoar como um verdadeiro crime, pela ausência da culpabilidade.

Na tipicidade vamos ter a adequação da conduta ao tipo penal. Na ilicitude, teremos a contrariedade da conduta ao Direito, e esta conduta somente será típica e ilícita se não houver um excludente de ilicitude (legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento de dever legal e exercício regular de direito) (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

³¹ Segundo D’Avila (2022, p. 150), a simples existência de uma ação acompanhada da ocorrência do *resultado* típico – bem se sabe – não é suficiente para o preenchimento do tipo de ilícito objetivo. A constatação de uma morte ou de lesões corporais não basta, por si só, para que se possa falar em atendimento ao tipo de homicídio ou ao tipo de ofensas corporais, respectivamente, ainda que sob a restrita perspectiva da tipicidade objetiva. A responsabilidade jurídico-penal pelo resultado depende, também, do preenchimento de critérios que permitam *atribuir* (o que é o mesmo que *imputar*) o *resultado* a *ação*, de modo a que se possa afirmar o resultado típico como *obra* de um *determinado agir*, e o sujeito ativo, como penalmente responsável pela sua ocorrência (problema da imputação objetiva do resultado reside, pois, nesse preciso ponto, na questão de saber quando e a partir de quais parâmetros é legítimo *atribuir/imputar a ocorrência de um resultado a uma dada conduta*).

No tipo se encontra apenas o texto, como por exemplo no art. 121, do Código Penal, matar alguém. A norma penal desse tipo seria *não matarás* (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

A tipicidade é o primeiro juízo de valor na estrutura analítica do delito. É a partir da tipicidade que se avalia se determinada conduta se enquadra ou não em uma figura delitiva prevista na legislação penal. Se houver tipicidade, então a conduta será considerada típica, ou seja, enquadrada em uma figura delitiva.

Brandão (2019, p. 216) leciona que

A tipicidade é um juízo de adequação do fato humano com o direito, a antijuridicidade é um juízo de contrariedade do fato humano com o direito. Tanto a antijuridicidade quanto a tipicidade referem-se ao fato do homem; são, portanto, juízos que se fazem sobre o fato. A culpabilidade, por sua vez, não é, a exemplo dos demais elementos, um juízo sobre o fato, mas um juízo sobre o autor do fato.

Figueiredo Dias (2004, p. 264) argumenta que a punibilidade deve ser considerada como parte do conceito de delito.

3.2.1 Elementos do Tipo

3.2.1.1 Objetivos

Identificados pelo autor do delito ou outra pessoa qualquer, os elementos objetivos dividem-se em descritivos e normativos. O tipo objetivo “representa a exteriorização da vontade (aspecto externo objetivo) que concretiza o tipo subjetivo” (BITENCOURT, 2018, p. 107).

- a) Os *descritivos* não necessitam de um juízo de valor para a sua compreensão, sendo facilmente entendidos pelo intérprete (PACELLI; CALLEGARI, 2018, p. 249; D’AVILA, 2016, p. 364).
- b) Os *normativos* necessitam de um juízo de valor, “cuja referência pode ser encontrada nas normas em geral” (D’AVILA, 2016, p. 364). Como exemplo podemos citar “coisa alheia” e “propriedade”. Tal juízo de valor também pode advir do próprio intérprete, como por exemplo “dignidade” e “decoro”, cuja referência pode ser encontrada nas normas em geral (PACELLI; CALLEGARI, 2018, p. 249).

3.2.1.2 Subjetivos

Estão relacionados à intenção do agente, sendo, portanto, compostos de fenômenos anímicos (da própria alma) – são os aspectos psicológicos do agente. Exemplifica-se o crime de formação de quadrilha (art. 288, CP³²), que tem por fim cometer crime; e, para que a conduta seja típica, é necessária essa finalidade específica, *in casu*, o objetivo, a vontade de cometer delitos.

O exemplo mais comum é a elementar ‘para si ou para outrem’ no tipo legal de furto (art. 155 CP), sem a qual o tipo não se perfectibiliza, dando margem a figuras atípicas como o impropriamente denominado furto de uso (subtração sem a pretensão de apropriação, mas apenas de fazer breve uso da coisa) (D’AVILA, 2016, p. 365).

O tipo subjetivo abrange todos os aspectos subjetivos do tipo de conduta proibida que, concretamente, produzem o tipo objetivo. O tipo subjetivo é constituído de um elemento geral – dolo –, que, por vezes, é acompanhado de elementos especiais – intenções e tendências –, que são elementos acidentais (BITENCOURT, 2019, p. 108).

3.2.2 Formas de adequação típica

A tipicidade, ou seja, a adequação de uma conduta a uma norma penal pode ocorrer de duas formas: direta (ou de subordinação imediata) e indireta (ou de subordinação mediata), por extensão ou ampliada (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

3.2.2.1 Adequação direta

É aquela em que o tipo penal possui todos os elementos necessários à subsunção do fato, não necessitando do auxílio de outra norma. Por exemplo, a conduta de “A” esfaquear “B”, vindo a provocar a sua morte, encaixa-se perfeitamente ao tipo penal do homicídio – matar alguém. *In casu*, houve uma conduta humana, um resultado, tendo tal conduta sido a produtora desse resultado – nexo causal³³. Segundo Bitencourt (2019, p. 108), “Nos crimes materiais o tipo de injusto objetivo somente se realiza quando entre a ação e o resultado houver um nexo de causalidade”.

³² Código Penal, Art. 288. Associarem-se 3 (três) ou mais pessoas, para o fim específico de cometer crimes. Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos. Parágrafo único. A pena aumenta-se até a metade se a associação é armada ou se houver a participação de criança ou adolescente.

³³ Conforme destaca D’Avila (2013), existe a questão da “ofensividade”, que consiste em uma categoria penal que remonta ao conhecido princípio *nullum crimen sine iniuria*. Entretanto, em sua atual conformação, já não

3.2.2.2 Adequação indireta

Ocorre quando não existe um tipo penal que contenha todos os elementos suficientes para a conformidade da conduta à norma incriminadora, havendo a necessidade da incidência de uma norma que amplie a abrangência do tipo. No caso brasileiro, a adequação indireta pode se resumir a duas situações: a tentativa e o concurso de pessoas.

Utilizando o exemplo anterior, se o agente “A” desfere as mesmas facadas na vítima “B”, tencionando matá-la, mas esta não morre porque é socorrida a tempo, a que tipo penal podemos “encaixar” essa conduta? Afinal, não há em nosso ordenamento jurídico um tipo penal que preveja tentar matar alguém. Nesse caso, a adequação típica se dará por uma combinação do art. 121 – matar alguém –, que traz o delito em sua forma consumada, com o art. 14, inciso II – que traz a modalidade da tentativa – “Diz-se o crime: II – tentado, quando, iniciada a execução não se consuma por circunstâncias alheias à vontade do agente”. Nesse caso, o tipo penal será dado da seguinte forma: art. 121, caput, combinado com o art. 14, inciso II, ambos do Código Penal. No caso de concurso de pessoas, não há tipos que prevejam a conduta específica daquele que é o coautor ou partícipe do delito, como, por exemplo, emprestar uma arma de fogo. Nesse caso, haverá a combinação do tipo penal do delito praticado com o art. 29 do Código Penal, que assim determina: “Quem, de qualquer modo, concorre para o crime incide nas penas a este cominadas, na medida de sua culpabilidade” (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

3.2.3 Causas excludentes de tipicidade

Se algum dos elementos do tipo está ausente, uma conduta será considerada atípica se sobre ela incidir um dos seguintes princípios – o da adequação social e o da insignificância, que por si só excluem a tipicidade (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

se encontra limitada a um simples e estrito princípio de lesão ou dano. O conceito de ofensividade, cujo desenvolvimento deve-se fundamentalmente à doutrina penal italiana, compreende tanto a lesão como o perigo ao bem jurídico. A lesão ao bem jurídico e o perigo ao bem jurídico, entendidos como resultados prejudiciais ao bem jurídico produzidos pela ação descrita no tipo, são formas/espécies de ofensividade. Vide também o artigo de D’Avila (2014), *Desafios do modelo de crime como ofensa ao bem jurídico no direito penal contemporâneo*, no qual o autor destaca que a teoria de proteção de bens jurídicos, que considera o crime como uma ofensa aos valores reconhecidos pela sociedade, está ligada ao conceito de ofensividade. O conceito é baseado em duas formas fundamentais, dano e perigo, e é um requisito constitucional para a legitimidade de atos ilegais na lei brasileira. Vários instrumentos legais atestam a recepção desse conceito objetivo-base na Lei Penal brasileira, o que permite o desenvolvimento de uma orientação hermenêutica consistente. O artigo sublinha a importância da ofensividade no direito penal, não apenas como um fator delimitador em atos ilegais, mas também como um critério de orientação legislativa. Finalmente, enfatiza a importância de se entender a ofensividade como um elemento de validade e delimitação do ato ilegal e a necessidade de reconhecê-la como requisito fundamental para legitimidade no direito penal.

Segundo o princípio da adequação social, desenvolvido por Welzel, uma conduta socialmente adequada, ou, melhor dizendo, socialmente aceita, não deve ser considerada criminosa.

E o princípio da insignificância diz que aquelas condutas que, embora formalmente típicas, não possuam uma relevância material, não guardando uma proporcionalidade entre o resultado por ela produzido e a sanção pela norma cominada, não devem ser consideradas criminosas. Esse princípio foi desenvolvido por Claus Roxin (2008), sendo proposto como uma maneira de interpretação que visa a excluir das condutas típicas os danos de pouca importância.

3.3 DOLO

É a vontade consciente de uma ação orientada à realização de um delito, de uma conduta descrita num tipo penal, ou seja, é o elemento subjetivo que concretiza os elementos do tipo (PACELLI; CALLEGARI, 2018; BITENCOURT, 2019, p. 109).

O crime é considerado doloso quando o agente prevê objetivamente o resultado e tem a intenção de produzir esse resultado ou assume o risco de produzi-lo, conforme preceitua o art. 18, I, do CP³⁴.

Partindo da Teoria Finalista, o dolo inclui unicamente o conhecer e o querer a realização da situação objetiva descrita pelo tipo, não fazendo menção à antijuridicidade da conduta (não inclui a consciência da antijuridicidade da conduta).

Toda a ação consciente é conduzida pela decisão de ação, é dizer, pela consciência do que se quer – o momento intelectual – e pela decisão a respeito de querer realizar – o momento volitivo. Ambos os momentos, conjuntamente, como fatores configuradores de uma ação típica real, formam o dolo.

3.3.1 Elementos do dolo

Para caracterizar a presença de Dolo devem estar presentes o elemento cognitivo ou intelectual (conhecimento das circunstâncias objetivas do fato do tipo legal, agente deve saber o que está fazendo, deve ter a consciência daquilo que pretende praticar e deve estar presente no

³⁴ Código Penal, art. 18 - Diz-se o crime: Crime doloso. I - doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo; Crime culposo II - culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Parágrafo único - Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente.

momento da ação) e o elemento volitivo (vontade/intenção dirigida à realização do fato típico, de todos os elementos objetivos do tipo; a vontade, incondicionada, deve abranger a ação ou omissão – da conduta, o resultado e o nexo causal³⁵) (PACELLI; CALLEGARI, 2018; BITENCOURT, 2019). O dolo é o conhecimento e a vontade do fato típico; ou, em outras palavras, “é a vontade de realização de um tipo penal, com o conhecimento de todas as suas circunstâncias objetivas” (PACELLI; CALLEGARI, 2018, p. 253). O elemento cognitivo é pressuposto do elemento volitivo (vontade), que não existe sem o primeiro (BITENCOURT, 2019).

3.3.2 Teorias do dolo

3.3.2.1 Teoria do consentimento ou da aprovação

Esta teoria requer, para o dolo, a previsão do resultado, pois essa previsão é requisito indispensável e prévio ao querer (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

3.3.2.2 Teoria do assentimento (ou indiferença)

O sujeito aceita as consequências acessórias negativas, meramente possíveis de sua conduta, com indiferença. Não se caracteriza o dolo quando consideradas indesejáveis as consequências e o sujeito tiver a esperança de que não se produzirão. Essa teoria é mais direcionada ao dolo eventual, por estar fundamentada na indiferença do agente quanto à configuração do resultado típico.

3.3.2.3 Teoria do conhecimento

A mera previsão da futura ocorrência do resultado é suficiente para a configuração do dolo. Nessa teoria, o dolo se configura com a verificação unicamente do seu elemento

³⁵ Ver mais detalhes sobre nexo causal e ofensividade no artigo de D’Avila (2020), *COVID-19, Autorresponsabilidade E Imputação Objetiva. Notas Introdutórias*. O autor argumenta que a simples ocorrência do resultado típico não é suficiente para configurar um ilícito penal, é necessário que critérios sejam preenchidos para que o resultado possa ser atribuído à ação de um determinado agente e que este seja responsabilizado pelo ocorrido. O texto discute a teoria da equivalência das condições adotada pelo direito penal brasileiro e ressalta a importância do princípio da ofensividade para a legitimidade dos crimes no Brasil. O texto discute a questão da responsabilidade penal pela transmissão de doenças graves, como HIV e COVID-19. O autor questiona se a exposição voluntária da vítima ao contágio seria motivo suficiente para imputar o resultado morte ao responsável pela transmissão. Ele utiliza o caso de um casal que, sabendo que um deles está infectado, decide abandonar as medidas de segurança, expondo o cônjuge não infectado ao vírus, resultando em morte.

intelectual ou cognitivo, excluindo-se da análise o elemento volitivo do dolo. Essa teoria pode ser dividida em duas subteorias: representação e probabilidade.

3.3.2.4 Teoria da representação

Também conhecida como teoria da possibilidade, parte do elemento puramente cognitivo. Consoante essa teoria, a mera previsão, pelo agente, da possibilidade de produção do resultado, sem a necessidade de verificação de qualquer elemento volitivo, fundamenta o dolo, tendo em vista que a existência da possibilidade já deveria ser o suficiente para fazer o sujeito desistir de seguir atuando. Entretanto, trata-se de teoria de difícil aplicação, pois ela afasta a possibilidade da configuração da culpa consciente. O que ocorre em muitos casos práticos é que o sujeito pode perceber perfeitamente que pode causar lesão a um bem jurídico³⁶, porém confia, inteiramente, em sua não produção, o que caracteriza a imprudência (ou culpa) consciente, sem o elemento volitivo caracterizador do dolo, divergindo, portanto, do que defende esta teoria.

3.3.2.5 Teoria da probabilidade

Aprecia a existência do dolo se, na representação do autor, a realização do resultado típico é considerada próxima.

3.3.3 Espécies de dolo

O dolo é o gênero e temos três espécies: dolo direto, dolo eventual e preterdolo (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

³⁶ Segundo D'Avila e Souza (2007), em *O ilícito penal nos crimes ambientais. Algumas reflexões sobre a ofensa a bens jurídicos e os crimes de perigo abstrato no âmbito do direito penal ambiental*, a importância da teoria do bem jurídico é importante para a compreensão do Direito Penal, que busca proteger bens jurídicos-penais por meio da seleção de valores sociais a serem tutelados. A proteção de bens jurídicos só pode ser considerada legítima quando voltada à missão que fundamenta o Direito Penal, ou seja, a proteção desses bens. No entanto, essa proteção deve ser seletiva e fragmentária, apenas protegendo os bens mais valiosos para a convivência e apenas frente aos ataques mais intoleráveis que possam ser objeto desses bens. A atividade legislativa de criação de tipos penais incriminadores encontra na teoria do bem jurídico e na Constituição importantes barreiras que as orientam a proteger apenas valores sociais fundamentais e compatíveis com o ordenamento jurídico constitucional.

3.3.3.1 Dolo direto

Para o dolo ser direto, leva-se em conta o desejo do agente, que deve querer o resultado descrito na lei (mesmo que ele não saiba disso). A vontade do agente é dirigida para a realização do fato típico. A teoria que definiu o dolo direto é a teoria da vontade. Ele se encontra no art. 18, inciso I, primeira parte, do Código Penal, o dolo direto deve ser a vontade consciente de realização do fato típico.

3.3.3.2 Dolo direto de segundo grau

É quando, para a produção consequente do resultado principal, ocorrerem resultados acessórios, os quais nem sempre serão desejados pelo agente mas mesmo assim ele continua. Aqui, Pacelli e Callegari (2018) fazem uma ponderação importante

A distinção dessa modalidade de dolo direto de segundo grau com o dolo eventual se dará pela presença ou não do 'querer' e da segurança em relação à ocorrência do resultado. Faltando essa intenção do agente e não estando ele mesmo seguro da ocorrência do resultado, não se poderá falar em dolo direto, mas em dolo eventual.

3.3.3.3 Dolo eventual

No art. 18, inciso I, parte final, do Código Penal, está previsto o dolo eventual, que se configura quando o agente prevê que o resultado possa ocorrer, entretanto não o deseja, ou seja, apenas assume o risco de produzi-lo. Nesse caso, o agente não quer o resultado, mas ele vislumbra a possibilidade de sua ocorrência, sem convicção, contudo, de sua concretização.

3.3.3.4 Preterdolo

Nesse caso o agente deseja um resultado a título doloso, mas, por negligência, imperícia ou imprudência, causa um resultado mais grave do que aquele pretendido. Aqui se configura o dolo no resultado antecedente e a culpa no resultado consequente. É uma mistura de dolo e culpa no mesmo fato criminoso.

3.4 CULPABILIDADE

A culpabilidade é um elemento fundamental do conceito de delito que tem sido construído e transformado ao longo da história da teoria do delito na dogmática jurídico-penal. Inicialmente era vista como responsabilidade objetiva, mas depois se deslocou para ser apenas o nexó psicológico entre o autor e o fato.

O conceito psicológico da culpabilidade surgiu no final do século XIX e início do século XX, baseado em pensamentos naturalistas que buscavam explicar conceitos jurídicos pelas ciências naturais. Segundo essa perspectiva, a culpabilidade era a relação subjetiva do sujeito com o resultado da ação, e o dolo e a imprudência eram considerados formas de culpabilidade. No entanto, essa teoria recebeu muitas críticas e deixou de ser admitida na atualidade, pois não explicava as relações psíquicas que seriam relevantes juridicamente e não fundamentava a culpabilidade jurídico-criminal. Além disso, a culpa jurídico-penal transcende elementos meramente psicológicos, de modo que o conceito psicológico da culpabilidade ruiu diante das críticas recebidas (PUTHIN, 2021, p. 184).

Com o surgimento da teoria finalista de crime, a culpabilidade passou a ser um conceito estritamente normativo. A teoria normativa de culpabilidade, então, concebe-a como um juízo de reprovação do comportamento do indivíduo em relação ao direito. Essa teoria busca integrar a totalidade dos componentes psíquicos do fato em um conceito material que deve possibilitar uma valoração da faceta interna do fato. A partir do entendimento de que “toda ação é dirigida a um fim”, o dolo passou a ser integrado na tipicidade e não mais na culpabilidade. A teoria funcionalista da culpabilidade enfatiza a dimensão ética da culpa e a possibilidade de liberdade do indivíduo que age (PUTHIN, 2021, p. 185-191).

A relação entre a liberdade e a culpabilidade jurídico-penal é relevante porque a liberdade de decisão do indivíduo surge como uma presunção básica para o conceito de culpabilidade. É defendido que a liberdade da vontade de poder escolher no concreto injusto, agir conforme o direito, é o plano material fundamental da censura jurídico-penal (PUTHIN, 2021, p. 189-192).

3.4.1 Teorias da Culpabilidade

Segundo Araújo (2014, p. 41), as teorias da culpabilidade em relação ao livre-arbítrio são: Teoria psicológica da culpabilidade; Teoria psicológico-normativa da culpabilidade e a Teoria normativa da culpabilidade.

3.4.1.1 Teoria psicológica da culpabilidade

Tal teoria desmembrou o crime em seus elementos estruturais, abrindo caminho para as posteriores teorias em torno do tema. Franz von Liszt e Ernst von Beling foram os principais defensores da teoria psicológica, mas divergiam em torno da autonomia da consciência da ilicitude. Liszt rejeitava a referida autonomia, enquanto Beling a acolhia. Foi na esteira da teoria causal da ação que a culpabilidade se tornou autônoma e se destacou como um elemento separado do crime em relação à ilicitude. A teoria valorizava métodos de investigação próprios das ciências naturais, encarando a ação como um conceito causal-naturalístico. A culpabilidade, portanto, é composta pelos elementos internos e subjetivos do crime, como dolo e culpa, enquanto a antijuridicidade e a ação são elementos objetivos e externos. A imputabilidade do autor e a imputação do resultado eram pressupostos para a existência da culpabilidade, que é avaliada por um juízo valorativo sobre a fase interna da ação.

3.4.1.2 Teoria psicológico-normativa da culpabilidade

Desenvolveu-se no contexto do final do século XIX e início do século XX, quando o positivismo passou a ser criticado³⁷ e nasceu o estudo das “ciências do espírito”. Sofreu influência do neokantismo, destacando-se a Escola de Baden, que, fundamentando-se na filosofia dos valores, promoveu a ruptura com o modelo monista científico do positivismo naturalista e encarou a culpabilidade sob a perspectiva da censurabilidade, reprovabilidade, que é juízo normativo de valoração. A análise da culpabilidade passou a ser feita não apenas sob a perspectiva estritamente psicológica, mas também sob uma concepção valorativa, o que significou uma ruptura com o modelo naturalista do positivismo. Foram identificadas três correntes de pensamento no início do século XX, sendo que a terceira corrente, que considera a culpabilidade como constituída não apenas por elementos psicológicos, mas também por elementos valorativos, é a que mais se destaca. Autores como Reinhart Frank, James Goldschmidt e Berthold Freudenthal contribuíram significativamente para a construção dessa concepção psicológico-normativa da culpabilidade.

³⁷ Vide Araújo (2014, p. 46), “A concepção positivista de que só detinham caráter científico os ramos do conhecimento que adotavam os métodos próprios das ciências da natureza, já não se sustentava, na medida em que crescia, vertiginosamente, a pretensão de se estudar as chamadas ‘ciências do espírito’. De igual sorte, neste momento histórico, começa a entrar em declínio o próprio positivismo jurídico, que rechaçava a adoção, pelo Direito, de conceitos que demandassem um juízo de valor”.

3.4.1.3 Teoria normativa da culpabilidade

Aborda a adoção do finalismo como resposta aos ideais nazistas que influenciaram a doutrina jurídica alemã. O finalismo representou uma ruptura na teoria do delito, sendo considerado uma evolução em relação ao causalismo e ao neoclassicismo valorativo. A teoria finalista da ação é concebida por Welzel e é influenciada pelas teorias ontológico-fenomenológicas, que valorizavam determinadas concepções estruturais do ser humano. Na formulação finalista, o elemento subjetivo não faz mais parte da culpabilidade e agora é considerado um componente essencial da ação humana, que é relevante para fins penais. Se não houver dolo nem culpa, o ato é considerado atípico, pois não pode ser considerada uma ação típica que não seja dolosa ou culposa. Além disso, a consciência potencial da ilicitude não é mais considerada parte do dolo, como era antes, mas é um elemento autônomo no conceito de culpabilidade. Essa concepção de Welzel, que desloca o elemento psicológico da culpabilidade para a estrutura do fato típico, defende que a culpabilidade deve ser identificada com a ideia de reprovabilidade e que a vontade de ação valorada como culpável é o que deve ser compreendida por ‘culpabilidade’. Segundo ele, a culpabilidade é exclusivamente normativa, destituída de elementos volitivos e transplantados para a estrutura da ação típica. A imputabilidade é a capacidade de culpabilidade, constituída de um elemento de conhecimento (intelectual) e um elemento de vontade (volitivo). A ausência de qualquer dos dois elementos deve conduzir ao reconhecimento da inimputabilidade, que pode ocorrer nas hipóteses de menoridade ou de agente portador de patologia psíquica.

O finalismo, que substituiu o causalismo no estudo da lei penal, tem enfrentado críticas de concepções funcionalistas, especialmente em relação à sua base material na culpabilidade, que é considerada impossível de ser provada. Na Europa, cresce a resistência contra a dogmática finalista, com mais pessoas se identificando com o pensamento de Welzel. Os finalistas atuais estão adicionando algumas reflexões sobre a culpabilidade (ARAÚJO, 2014).

Quanto à teoria da culpabilidade pelo caráter, que busca compatibilizar o livre-arbítrio com a suposta indemonstrabilidade do “poder agir de outro modo” e altera o conceito material de culpabilidade, centrando-o na personalidade do agente, é criticada por Claus Roxin, que a considera determinista, baseada na ideia de que cada pessoa é responsável pelas características ou propriedades que a induzem à prática do ato, e estabelece um paradoxo ao atribuir a culpabilidade a alguém por um dado inalterável. Por outro lado, Jorge de Figueiredo Dias defende uma culpabilidade da pessoa, que deve ser funcionalizada ao sistema, mas não a ponto

de enxergá-la apenas como instrumento para atendimento de finalidades preventivas. A ideia de liberdade, como fundamento material da culpabilidade, deve estar referida à personalidade do agente. Esta teoria busca compatibilizar o livre-arbítrio com a ideia de que a personalidade pode influenciar na prática do crime, mas é alvo de críticas quanto à sua base determinista e paradoxal (ARAÚJO, 2014).

Buonicore (2014) aborda a evolução do conceito de culpabilidade jurídico-penal ao longo do tempo, destacando a separação analítica entre ilicitude e culpabilidade realizada no século XIX por autores como Liszt, Beling e Radbruch. Ressalta que, através da teoria finalista do crime de Welzel, a culpabilidade passou a ser conceituada como um juízo de censura pessoal pela realização do ilícito, tendo como elementos a imputabilidade, a potencial consciência da ilicitude e a exigibilidade de conduta conforme ao direito. No entanto, o problema do conteúdo material da culpabilidade é o problema da liberdade positiva do homem e de seu desdobramento ético. A teoria pós-finalista de Roxin propõe substituir o poder de agir de outra maneira pela idoneidade para ser destinatário de normas, mas permanece ancorada na liberdade da vontade e comete um equívoco metodológico com sua noção de responsabilidade.

A antijuridicidade é a contrariedade do fato ao Direito, e se constitui um juízo de valor que atribui ao fato caráter contrário à ordem jurídica (PACELLI; CALLEGARI, 2018).

3.5 A PERÍCIA PSIQUIÁTRICA

O exame pericial psiquiátrico consiste em uma avaliação meticulosa realizada por um profissional especializado, com o intuito de elucidar questões de interesse jurídico, e é empregada para avaliar a condição mental de indivíduos envolvidos em processos judiciais.

A entrevista psiquiátrica forense é semelhante a uma entrevista psiquiátrica padrão, mas com questões éticas e técnicas específicas ao contexto forense. Essa entrevista é essencial para obter-se informações relevantes sobre a história de vida do examinado, exame mental adequado, motivação para cometer certos atos, capacidade civil e prognóstico de risco (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016; SILVA; BARROS; TELLES, 2022, p. 2-3).

A capacidade de conjugar o entendimento e a determinação para o exercício de um ato específico é o objetivo da maioria dos exames periciais psiquiátricos, sendo importante avaliar a capacidade de juízo valorativo em geral, a consciência de ilicitude da conduta, a presença de valores espirituais, a percepção da reprovação social, entre outros aspectos que possam influenciar a capacidade mental do indivíduo (BARROS, 2019).

O perito, atuando como auxiliar do juízo, é um indivíduo detentor de conhecimentos específicos no tema abordado, responsável por conduzir a perícia e pode ser detentor de cargo público ou nomeado pelo juízo (ABDALLA-FILHO; CHALUB; TELLES, 2016; SILVA; BARROS; TELLES, 2022; BARROS, 2019).

O Código de Processo Penal (BRASIL, 1941), nos artigos 159, 160 e 184, estabeleceu algumas regras quanto aos peritos e assistentes técnicos e ao laudo pericial.

Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior.

§ 1º Na falta de perito oficial, o exame será realizado por 2 (duas) pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior preferencialmente na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame.

§ 2º Os peritos não oficiais prestarão o compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo.

§ 3º Serão facultadas ao Ministério Público, ao assistente de acusação, ao ofendido, ao querelante e ao acusado a formulação de quesitos e indicação de assistente técnico.

§ 4º O assistente técnico atuará a partir de sua admissão pelo juiz e após a conclusão dos exames e elaboração do laudo pelos peritos oficiais, sendo as partes intimadas desta decisão.

§ 5º Durante o curso do processo judicial, é permitido às partes, quanto à perícia:

I – requerer a oitiva dos peritos para esclarecerem a prova ou para responderem a quesitos, desde que o mandado de intimação e os quesitos ou questões a serem esclarecidas sejam encaminhados com antecedência mínima de 10 (dez) dias, podendo apresentar as respostas em laudo complementar;

II – indicar assistentes técnicos que poderão apresentar pareceres em prazo a ser fixado pelo juiz ou ser inquiridos em audiência;

§ 6º Havendo requerimento das partes, o material probatório que serviu de base à perícia será disponibilizado no ambiente do órgão oficial, que manterá sempre sua guarda, e na presença de perito oficial, para exame pelos assistentes, salvo se for impossível a sua conservação.

§ 7º Tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, poder-se-á designar a atuação de mais de um perito oficial, e a parte indicar mais de um assistente técnico.

Art. 160. Os peritos elaborarão o laudo pericial, onde descreverão minuciosamente o que examinarem, e responderão aos quesitos formulados.

Parágrafo único. O laudo pericial será elaborado no prazo máximo de 10 dias, podendo este prazo ser prorrogado, em casos excepcionais, a requerimento dos peritos.

Art. 184. Salvo o caso de exame de corpo de delito, o juiz ou a autoridade policial negará a perícia requerida pelas partes, quando não for necessária ao esclarecimento da verdade.

A perícia, por sua vez, é um instrumento probatório que deve ser alvo de rigoroso escrutínio pelas partes envolvidas. O perito está sujeito aos mesmos deveres de isenção e imparcialidade atribuídos aos juízes e membros do Ministério Público, estando, portanto, submetido às condições de impedimento e suspeição estabelecidas em lei (ABDALLA-FILHO;

CHALUB; TELLES, 2016; SILVA; BARROS; TELLES, 2022, p. 2-3). O Código de Processo Civil aborda tais aspectos nos artigos 144³⁸ e seguintes.

³⁸ Ver Código de Processo Civil - DOS IMPEDIMENTOS E DA SUSPEIÇÃO. Art. 144. Há impedimento do juiz, sendo-lhe vedado exercer suas funções no processo: I - em que interveio como mandatário da parte, oficiou como perito, funcionou como membro do Ministério Público ou prestou depoimento como testemunha; II - de que conheceu em outro grau de jurisdição, tendo proferido decisão; III - quando nele estiver postulando, como defensor público, advogado ou membro do Ministério Público, seu cônjuge ou companheiro, ou qualquer parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, inclusive; IV - quando for parte no processo ele próprio, seu cônjuge ou companheiro, ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, inclusive; V - quando for sócio ou membro de direção ou de administração de pessoa jurídica parte no processo; VI - quando for herdeiro presuntivo, donatário ou empregador de qualquer das partes; VII - em que figure como parte instituição de ensino com a qual tenha relação de emprego ou decorrente de contrato de prestação de serviços; VIII - em que figure como parte cliente do escritório de advocacia de seu cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, inclusive, mesmo que patrocinado por advogado de outro escritório; IX - quando promover ação contra a parte ou seu advogado. § 1º Na hipótese do inciso III, o impedimento só se verifica quando o defensor público, o advogado ou o membro do Ministério Público já integrava o processo antes do início da atividade judicante do juiz. § 2º É vedada a criação de fato superveniente a fim de caracterizar impedimento do juiz. § 3º O impedimento previsto no inciso III também se verifica no caso de mandato conferido a membro de escritório de advocacia que tenha em seus quadros advogado que individualmente ostente a condição nele prevista, mesmo que não intervenha diretamente no processo. Art. 145. Há suspeição do juiz: I - amigo íntimo ou inimigo de qualquer das partes ou de seus advogados; II - que receber presentes de pessoas que tiverem interesse na causa antes ou depois de iniciado o processo, que aconselhar alguma das partes acerca do objeto da causa ou que subministrar meios para atender às despesas do litígio; III - quando qualquer das partes for sua credora ou devedora, de seu cônjuge ou companheiro ou de parentes destes, em linha reta até o terceiro grau, inclusive; IV - interessado no julgamento do processo em favor de qualquer das partes. § 1º Poderá o juiz declarar-se suspeito por motivo de foro íntimo, sem necessidade de declarar suas razões. § 2º Será ilegítima a alegação de suspeição quando: I - houver sido provocada por quem a alega; II - a parte que a alega houver praticado ato que signifique manifesta aceitação do arguido. Art. 146. No prazo de 15 (quinze) dias, a contar do conhecimento do fato, a parte alegará o impedimento ou a suspeição, em petição específica dirigida ao juiz do processo, na qual indicará o fundamento da recusa, podendo instruí-la com documentos em que se fundar a alegação e com rol de testemunhas. § 1º Se reconhecer o impedimento ou a suspeição ao receber a petição, o juiz ordenará imediatamente a remessa dos autos a seu substituto legal, caso contrário, determinará a autuação em apartado da petição e, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentará suas razões, acompanhadas de documentos e de rol de testemunhas, se houver, ordenando a remessa do incidente ao tribunal. § 2º Distribuído o incidente, o relator deverá declarar os seus efeitos, sendo que, se o incidente for recebido: I - sem efeito suspensivo, o processo voltará a correr; II - com efeito suspensivo, o processo permanecerá suspenso até o julgamento do incidente. § 3º Enquanto não for declarado o efeito em que é recebido o incidente ou quando este for recebido com efeito suspensivo, a tutela de urgência será requerida ao substituto legal. § 4º Verificando que a alegação de impedimento ou de suspeição é improcedente, o tribunal rejeitá-la-á. § 5º Acolhida a alegação, tratando-se de impedimento ou de manifesta suspeição, o tribunal condenará o juiz nas custas e remeterá os autos ao seu substituto legal, podendo o juiz recorrer da decisão. § 6º Reconhecido o impedimento ou a suspeição, o tribunal fixará o momento a partir do qual o juiz não poderia ter atuado. § 7º O tribunal decretará a nulidade dos atos do juiz, se praticados quando já presente o motivo de impedimento ou de suspeição. Art. 147. Quando 2 (dois) ou mais juízes forem parentes, consanguíneos ou afins, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, inclusive, o primeiro que conhecer do processo impede que o outro nele atue, caso em que o segundo se escusará, remetendo os autos ao seu substituto legal. Art. 148. Aplicam-se os motivos de impedimento e de suspeição: I - ao membro do Ministério Público; II - aos auxiliares da justiça; III - aos demais sujeitos imparciais do processo. § 1º A parte interessada deverá arguir o impedimento ou a suspeição, em petição fundamentada e devidamente instruída, na primeira oportunidade em que lhe couber falar nos autos. § 2º O juiz mandará processar o incidente em separado e sem suspensão do processo, ouvindo o arguido no prazo de 15 (quinze) dias e facultando a produção de prova, quando necessária. § 3º Nos tribunais, a arguição a que se refere o § 1º será disciplinada pelo regimento interno. § 4º O disposto nos §§ 1º e 2º não se aplica à arguição de impedimento ou de suspeição de testemunha.

Sobres os Atos Periciais em Psiquiatria e sobre o modelo de anamnese e roteiro pericial em Psiquiatria, o Conselho Federal de Medicina padronizou, através da Resolução CFM 2165 de 2017, o seguinte:

Art. 34. Os atos periciais em psiquiatria devem obedecer a roteiro insculpido no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, anexo.

Art. 35. O ato médico pericial, além de elucidar o diagnóstico, destina-se a esclarecer à autoridade que o solicitou, dentre outros pontos, sobre: capacidade civil, capacidade laboral, invalidez, imputabilidade penal ou prognóstico de risco de violência.

Parágrafo único – Para o pleno entendimento da responsabilidade do ato médico pericial, conforme disposto na Lei no 12.842/13, aplica-se o disposto nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

Art. 36. É dever do perito psiquiatra, bem como o de qualquer outra especialidade médica, proceder de acordo com o preconizado nesta resolução e no manual anexo.

No âmbito da psiquiatria forense³⁹, o assistente técnico desempenha o papel de fiscalizar os procedimentos periciais executados pelo perito. Para tanto, é de suma importância que este profissional acompanhe atentamente todas as etapas adotadas pelo perito, a fim de identificar possíveis incorreções, acertos e omissões. A psiquiatria forense é uma interface entre a Psiquiatria e o Direito e tem como objetivo principal ajudar na solução de uma demanda judicial.

A perícia pode ser classificada em cível ou criminal, e as avaliações periciais psiquiátricas podem ser divididas em três categorias: transversais, retrospectivas e prospectivas. As avaliações periciais retrospectivas analisam eventos passados, enquanto as prospectivas buscam antecipar possíveis eventos futuros.

No Anexo II da Resolução CFM nº 2.057/13, que trata sobre o Manual para Serviços Médico-Assistenciais em Psiquiatria, está disposto o que segue sobre perícias médicas.

³⁹ Cf. Abdalla-Filho, Chalub e Telles (2015, p. 6). A medicina legal ou forense, por óbvio, é a especialidade médica em que a intercessão entre medicina e direito é mais evidente. A patologia forense, a tanatologia, a toxicologia, a clínica médico-legal (exames médico-forenses) e outros capítulos envolvem sempre condições médicas que servirão de subsídios à Justiça. É importante lembrar que a medicina forense não cuida apenas de questões criminais. Ao contrário, as demandas civis são as que mais suscitam ações judiciais. Além dos questionamentos da capacidade civil (ações de interdição e curatela), a obrigação de indenizar por dano é um processo muito comum. Além dos danos físico e patrimonial, a Justiça aceita indenização por dano moral, aí compreendido o dano psíquico. Outras situações médicas que primariamente não são forenses podem suscitar ações nos tribunais. A medicina previdenciária, com concessões de afastamento do trabalho e auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, acidentes de trabalho e invalidez, questionamentos em exames admissionais e demissionais; a medicina administrativa, com afastamento do trabalho, aposentadoria por invalidez, aposentadoria especial em determinadas enfermidades, concessão de benefícios e pensões, isenções de algumas obrigações por motivo de doença, manutenção de dependência financeira por invalidez, divergência em posse e guarda de filhos sob alegação de doença, atestados médicos necessários para a execução de determinados atos e inúmeras outras questões podem constituir a matéria da medicina forense.

III – DAS PERÍCIAS MÉDICAS

1 – Os médicos peritos estão submetidos aos princípios éticos da imparcialidade, do respeito à pessoa, da veracidade, da objetividade e da qualificação profissional.

2 – Os médicos assistentes técnicos estão submetidos aos mesmos princípios, com ênfase ao da veracidade. Como são profissionais a serviço de uma das partes, não são imparciais.

3 – Peritos e assistentes técnicos devem se tratar com respeito e consideração recíprocas, cabendo ao perito informar aos assistentes técnicos, previamente, todos os passos de sua investigação e franquear-lhes o acesso a todas as etapas do procedimento.

4 – É fundamental, nos procedimentos periciais, a observância do princípio do visum et repertum (ver e registrar), de forma que o laudo pericial possa ser objeto de análise futura sempre que necessário.

5 - Os relatórios periciais (laudos) poderão variar em função da natureza e das peculiaridades da perícia (cível, criminal, administrativa, trabalhista ou previdenciária; transversal, retrospectiva ou prospectiva; direta ou indireta), entretanto, sempre que possível, deverá ser observado o roteiro abaixo indicado.

6 - Os pareceres dos assistentes técnicos terão forma mais livre, podendo seguir o mesmo modelo adotado pelo perito ou limitar-se a enfatizar ou refutar pontos específicos de seu relatório.

IV - ROTEIRO BÁSICO DO RELATÓRIO PERICIAL

1) Preâmbulo. Auto apresentação do perito, na qual informa sobre sua qualificação profissional na matéria em discussão.

2) Individualização da perícia. Detalhes objetivos sobre o processo e as partes envolvidas.

3) Circunstâncias do exame pericial. Descrição objetiva dos procedimentos realizados (entrevistados, número de entrevistas, tempo dispendido, documentos examinados, exames complementares etc.).

4) Identificação do examinando. Nome e qualificação completa da pessoa que foi alvo dos procedimentos periciais.

5) Quesitos. Transcrição dos quesitos formulados pela autoridade e pelas partes.

6) História pessoal. Síntese da história de vida do examinando, com ênfase em sua relação com o objeto da perícia, se houver.

6.1) História psiquiátrica prévia. Relato dos contatos psiquiátricos prévios; em especial, tratamentos e hospitalizações.

6.2) História médica. Relato das doenças clínicas e cirúrgicas atuais e prévias, incluindo tratamentos e hospitalizações.

9) História familiar. Registro das doenças psiquiátricas e não psiquiátricas nos familiares próximos.

10) Exame do estado mental. Descrição das funções psíquicas do examinando.

11) Exame físico. Descrição da condição clínica geral do examinando.

12) Exames e avaliações complementares. Descrição de achados laboratoriais e de resultados de exames e testes aplicados.

13) Diagnóstico positivo. Segundo a nosografia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, oficialmente adotada pelo Brasil.

14) Comentários médico-legais. Esclarecimento sobre a relação entre a conclusão médica e as normas legais que disciplinam o assunto em debate.

15) Conclusão. Frase curta e direta que sintetiza todo o pensamento do perito.

16) Resposta aos quesitos. Respostas claras, concisas e objetivas.

Observação: nas perícias de responsabilidade penal, mais dois itens devem constar do relatório pericial, que entrarão nas posições 6 e 7 do roteiro acima:

(1) Elementos colhidos nos autos do processo. Descrição do fato criminoso, de acordo com o relato da vítima, testemunhas ou de peças processuais.

(2) História do crime segundo o examinando. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato do examinando ao perito.

O perito judicial, após a perícia, emite um laudo, que é a peça escrita com as conclusões e respostas aos quesitos, um documento oficial para instruir o processo como prova judicial. O

assistente técnico emite um parecer, apesar de existirem três situações nas quais o perito oficial emite parecer – de verificação de cessação de periculosidade, de verificação de cessação de dependência de drogas e criminológico de verificação do grau de emendabilidade e individuação de tratamento penal (PALOMBA, 2017).

Segundo Abdalla-Filho, Chalub e Telles (2016), na Psiquiatria Forense os conceitos de entendimento, determinação e discernimento devem ser minuciosamente analisados e avaliados. Esses conceitos são compostos por várias faculdades intelectuais e volitivas que estão entrelaçadas no espírito humano. Para avaliar a posse dessas capacidades em um indivíduo, é necessário examinar uma série de atributos cognitivos, volitivos e valorativos que, em conjunto, formam-nas. A análise deve determinar se cada uma dessas propriedades está normal, diminuída, reduzida ou suprimida. Outras noções que devem ser consideradas na avaliação são: o bem juridicamente tutelado, antijuridicidade, dano efetivo ou lesão a um bem juridicamente tutelado, tipicidade penal, culpabilidade, imputabilidade, responsabilidade, entre outras. É de suma importância investigar os diferentes aspectos psicológicos e comportamentais em perícia psiquiátrica, a fim de determinar a capacidade de discernimento e integridade do momento intelectual e volitivo em ações humanas. Dentre os aspectos a serem avaliados estão: capacidade de juízo valorativo, consciência de ilicitude da conduta, presença de sentimentos de piedade ou probidade, percepção de reprovação social, capacidade de previsibilidade do resultado da ação, presença de intenção e deliberação, capacidade de opção e escolha, entre outros. O discernimento é visto como a conjugação das faculdades intelectivas e volitivas para o exercício de um ato específico.

A autoridade judiciária detém plena liberdade para examinar e proferir sentença no caso em questão, conforme seu discernimento, não estando vinculada ao parecer pericial psiquiátrico forense (BARROS, 2019; PALOMBA, 2017), conforme disposto no Código de Processo Penal (BRASIL, 1941). “Art. 182. O juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte”.

Necessário se faz esclarecer alguns termos e conceitos utilizados em Direito Penal relacionados à Psiquiatria Forense, utilizando-nos dos conceitos emanados por Barros e Teixeira (2015, p. 69):

- 1) Capacidade de entender – aptidão do indivíduo em conhecer e compreender a natureza, as condições, as circunstâncias e consequências do ato ilícito.
- 2) Capacidade de determinar-se – está relacionada diretamente ao componente volitivo (vontade) da ação, é a possibilidade de escolher entre praticar ou não o ato ilícito,

através de uma reflexão prévia dentro de um processo volitivo normal. É a habilidade de uma pessoa em tomar decisões conscientes e voluntárias sobre suas ações, levando em consideração os riscos, benefícios e suas próprias crenças e experiências pessoais.

- 3) Desenvolvimento mental retardado – transtornos psiquiátricos que afetam a capacidade intelectual, chamados de retardo mental pela CID-10. No Direito, o termo “debilidade mental” se refere a retardo mental leve, o termo “imbecilidade” a retardo mental moderado e, “idiotia”, a retardo mental grave ou profundo.
- 4) Desenvolvimento mental incompleto – aqueles que não atingiram a maturidade das funções mentais importantes e têm sua capacidade de entendimento comprometida.
- 5) Doença mental – abrange qualquer diagnóstico psiquiátrico grave o suficiente para comprometer o entendimento e o autocontrole.
- 6) Perturbação da saúde mental – este termo, presente no artigo 26⁴⁰ do Código Penal, refere-se a qualquer diagnóstico psiquiátrico desde que influencie o entendimento ou autocontrole, sem, no entanto, aboli-los.
- 7) Inimputável – quando incapaz de entender ou de autodeterminar-se em relação ao ato ilícito. Não se refere à presença de doença mental, mas sim à incapacidade determinada por ela. É isento de pena e se aplica Medida de Segurança, devendo ser internado em hospital de custódia ou realizar tratamento ambulatorial.
- 8) Semi-imputáveis – parcialmente capazes de entender ou de autodeterminar-se em relação ao ato ilícito. Haverá redução da pena de um a dois terços, podendo a punição ser substituída por internação ou tratamento ambulatorial.
- 9) Imputável – aqueles capazes de entendimento e autodeterminação, mesmo que na presença de algum transtorno mental, pois têm capacidade de saber que sua conduta é contrária ao direito e de autodeterminar-se em relação a isso.
- 10) Estado de embriaguez – ingestão de álcool ou análogos voluntária ou culposa (com ou sem intenção de embriagar-se), e por si só não exclui a imputabilidade. São imputáveis nesses casos.
- 11) Embriaguez completa por caso fortuito ou força maior. São inimputáveis.

⁴⁰ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Redução de pena. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

- 12) Embriaguez patológica – grave embriaguez com pequenas quantidades de álcool. São inimputáveis.
- 13) Embriaguez preordenada – ingestão de álcool ou análogos com a intenção de embriagar-se para praticar ato ilícito, sendo esta um agravante de pena nos termos do artigo 61⁴¹ do Código Penal (BRASIL, 1940).

3.6 IMPUTABILIDADE PENAL

A imputabilidade penal é um conceito fundamental no Direito Penal que se refere à capacidade de uma pessoa de entender o caráter ilícito de suas ações e de se comportar de acordo com esse entendimento. É importante destacar que a imputabilidade não está relacionada à culpa, mas sim à capacidade de compreensão. Inimputabilidade é um termo legal, não um termo psicológico ou psiquiátrico.

A prática criminosa não possui, intrinsecamente, uma conotação psiquiátrica. Há indivíduos inimputáveis, os quais transgridem as regras sociais sem compreender as implicações de suas ações e/ou sem possuir domínio sobre seus atos. Essas pessoas são isentas de punição penal e necessitam de tratamento em vez de punição, resultando na aplicação de medidas de segurança.

Além disso, há a figura dos semi-imputáveis, aqueles que não possuem total discernimento ou autocontrole, uma vez que certos transtornos psiquiátricos podem levar o indivíduo a entender o que está fazendo, mas sem a capacidade de se controlar. Nessas situações, a pena pode ser reduzida ou substituída por tratamento compulsório. A semi-imputabilidade pode ocorrer por doença mental em razão de motivo incurável ou doença tratável. Caso de inimputabilidade em que o crime cometido não seja punível com reclusão, mas com detenção, poderá ser determinado somente mediante tratamento ambulatorial (BARROS, 2019).

O Código Penal (1940) brasileiro estabelece que as medidas de segurança são aplicadas aos inimputáveis, em substituição às penas, nos casos em que este praticar um crime. A aplicação da medida se dará a mando do juiz, após ser periciado e constatada a inimputabilidade do agente, que será encaminhado para tratamento em manicômio judiciário ou ambulatório médico. O objetivo da medida de segurança é garantir a segurança da sociedade e do próprio

⁴¹ Código Penal, Art. 61 - São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime: II - ter o agente cometido o crime: 1) em estado de embriaguez preordenada.

agente, que apresenta periculosidade em decorrência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) aborda a imputabilidade em seus artigos 26, 27 e 28. O artigo 26 trata das causas que excluem a imputabilidade, como doença mental⁴³, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, tornando o agente isento de pena. O artigo 27 do Código Penal (1940) estabelece a inimputabilidade dos menores de 18 anos. No artigo 28, o Código Penal (1940) aborda as não excludentes da imputabilidade, como emoção ou paixão e a embriaguez, voluntária ou culposa.

Para afastar a imputabilidade e isentar o agente de pena, é necessário que a embriaguez involuntária e completa se conjugue com a total incapacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Se o agente possuir capacidade de compreensão do ato ilícito, mesmo sob embriaguez por caso fortuito ou força maior, a pena poderá ser reduzida de um a dois terços.

A Lei 11.343 (BRASIL, 2006), que trata da política sobre drogas, também prevê a inimputabilidade penal em seu artigo 46,

As penas podem ser reduzidas de um terço a dois terços se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

⁴² DA IMPUTABILIDADE PENAL. Inimputáveis Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Redução de pena. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Menores de dezoito anos. Art. 27 - Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial. Emoção e paixão. Art. 28 - Não excluem a imputabilidade penal. I - a emoção ou a paixão. II - A embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos. § 1º - É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. § 2º - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

⁴³ Ver o artigo *Pais homicidas e inimputabilidade: um estudo transdisciplinar*, de Neto e Dornelles (2012). O texto aborda o tema do filicídio, que é o assassinato de um filho por um dos pais. Ele discute os fatores que podem levar a esse crime, incluindo doenças mentais, abuso de drogas, conflitos financeiros e psicossociais. O texto também destaca a importância da prevenção e do tratamento para evitar que as mães se tornem suscetíveis a cometer filicídio. O papel do pai nesse crime é discutido e o texto enfatiza a importância de identificar e tratar problemas de saúde mental que possam levar ao filicídio. Além disso, o autor destaca a importância de apoio e ajuda para novas mães, especialmente durante o período pós-parto. O texto ressalta que o filicídio é um ato de extrema violência contra uma vítima indefesa, e cada caso deve ser avaliado individualmente. Por fim, o texto apresenta um caso de filicídio cometido por um pai que sofria de uma patologia psicótica.

Havendo dúvidas sobre a imputabilidade ou não da pessoa (BARROS, 2019), deverá ser determinada perícia judicial, conforme o Código de Processo Penal (BRASIL, 1941), artigos 149 a 153⁴⁴.

Apenas quando evidenciada dúvida razoável acerca da sanidade mental do acusado é que se torna imperiosa a instauração do respectivo incidente de insanidade mental. Porquanto, não havendo indícios mínimos acerca da incapacidade do réu de entender o caráter ilícito da conduta supostamente praticada, não deverá restar instaurado o incidente, conforme julgado em Recurso em Habeas Corpus Nº 67.402/DF⁴⁵.

3.7 O LIVRE-ARBÍTRIO

Alguns pesquisadores sugerem que a formação da vontade humana ocorre principalmente de forma inconsciente, desencadeada por uma interação calculável entre fatores determináveis, o que teria implicações significativas sobre a percepção da liberdade de vontade e responsabilidade moral (COELHO, 2015).

No campo do Direito Penal, a neurociência tem levantado questões sobre a culpabilidade, especialmente no que diz respeito ao limite entre um ato determinístico (sem

⁴⁴ DA INSANIDADE MENTAL DO ACUSADO. Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal. § 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente. § 2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento. Art. 150. Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar. § 1º O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo. § 2º Se não houver prejuízo para a marcha do processo, o juiz poderá autorizar sejam os autos entregues aos peritos, para facilitar o exame. Art. 151. Se os peritos concluírem que o acusado era, ao tempo da infração, irresponsável nos termos do art. 22 do Código Penal, o processo prosseguirá, com a presença do curador. Art. 152. Se se verificar que a doença mental sobreveio à infração o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça, observado o § 2º do art. 149. § 1º O juiz poderá, nesse caso, ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado. § 2º O processo retomará o seu curso, desde que se restabeleça o acusado, ficando-lhe assegurada a faculdade de reinquirir as testemunhas que houverem prestado depoimento sem a sua presença. Art. 153. O incidente da insanidade mental processar-se-á em auto apartado, que só depois da apresentação do laudo, será apenso ao processo principal. Art. 154. Se a insanidade mental sobrevier no curso da execução da pena, observar-se-á o disposto no art. 682.

⁴⁵ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Recurso em Habeas Corpus Nº 67.402/DF* (2016/0020825-6). Recurso Ordinário em Habeas Corpus, estupro, estupro tentado e roubo, incidente de insanidade mental. Indeferimento. Ausência de dúvida razoável. Cerceamento de defesa não configurado. Recurso não provido. RECORRENTE: P DA S M J. RECORRIDO: MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. RELATOR: MINISTRO ROGERIO SCHIETTI CRUZ, 23 de maio de 2017. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?termo=2016%2F0020825-6&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&chkordem=DESC&chkMorto=MORTO>. Acesso em: 30 abr. 2023.

voluntariedade do agente) e um ato dotado de livre-arbítrio (voluntariedade do agente) no âmbito dos comportamentos humanos. A problemática do livre-arbítrio, sua existência e a possibilidade de comprovação empírica, ganhou destaque na ciência penal com a consolidação da concepção normativa, que pressupõe a liberdade de vontade do agente, como autodeterminação, para que ele seja considerado culpável. No entanto, a inviabilidade de comprovação empírica da liberdade de vontade e a impossibilidade de demonstrar que o agente poderia ter agido de outro modo levaram a questionamentos sobre a concepção finalista da culpabilidade. A crítica de que o juízo de reprovação carrega uma carga moral indesejável e as dúvidas sobre a existência do livre-arbítrio têm consequências na responsabilidade penal (COELHO, 2015).

Historicamente, a maioria das soluções propostas para o problema do livre-arbítrio e responsabilidade moral tenta estabelecer que os seres humanos possuem livre-arbítrio. A existência de livre-arbítrio parece ser pressuposta pela noção de responsabilidade moral, onde a maioria das pessoas concorda que não se pode ser moralmente responsável por ações que não se pode evitar. Essas considerações levam a um dilema entre duas alternativas: (1) as pessoas têm livre-arbítrio e suas ações não são determinadas por suas circunstâncias, experiências passadas e traços psicológicos; ou (2) as pessoas não têm livre-arbítrio e nunca são moralmente responsáveis pelo que fazem. Portanto, a relação entre responsabilidade penal e livre-arbítrio é complexa e envolve discussões filosóficas, morais e científicas. Atualmente, o sistema legal assume a existência do livre-arbítrio para estabelecer a responsabilidade criminal, mas o avanço das neurociências e os questionamentos filosóficos têm desafiado essa visão, colocando em debate a natureza da culpabilidade e da responsabilidade moral (COELHO, 2015).

4 INTERFACE ENTRE DIREITO PENAL E PSIQUIATRIA NA SUA RELAÇÃO COM A SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Daufemback (2014) destaca que diferentes teorias do Direito, Criminologias e Psicologias coexistem no século XXI e que a Psicologia é chamada como forma de incrementar a punibilidade no processo penal, mas sem filiação teórica com as Criminologias e Psicologias

Langer (2009, tradução nossa) publicou artigo em que “[...] identifica e comenta as respostas legais à Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) nas cinco jurisdições nacionais do Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia”. Foram analisados um “[...] conjunto de casos notificados, que começa em 1990, compreende 15 casos canadenses, 21 casos do Reino Unido, 56 casos dos Estados Unidos, cinco casos australianos e um caso da Nova Zelândia identificado por meio de buscas por palavras-chave nas bases de dados Lexis Nexis [...]”. Em todos os casos analisados a mãe foi a perpetradora e a autora faz importante menção à questão de que os muitos profissionais envolvidos em todo esse processo, de médicos a juízes, rotulam certos casos da Síndrome de Münchhausen por Procuração com moralidade, atribuições de gênero e julgamentos sociais. Segundo ela, a base legal para a ação penal tem sido a “proteção da criança e não a saúde mental da mãe”, embora a evidência da Síndrome seja utilizada para apoiar a responsabilidade legal (LANGER, 2009). O indicador óbvio de SMP “é uma criança com sintomas preocupantes e inexplicáveis que os profissionais concluem terem sido causados por abuso infantil”. Acentua essa autora que a Síndrome é tanto uma questão legal de “abuso infantil” quanto uma questão psiquiátrica de transtorno mental (da mãe), sendo que a questão psiquiátrica ajuda em esclarecer a motivação, o que, no caso de uma defesa criminal, “as evidências de um transtorno mental poderiam potencialmente mitigar a culpa”.

[...] a disposição do American Law Institute ou do Código Penal Modelo, que constitui a lei em cerca de 20 estados dos Estados Unidos, originalmente acomodava uma das duas vertentes: ‘falta de capacidade substancial para apreciar a ilicitude criminal’ ou ‘falta de capacidade substancial para conformar [sua] conduta às exigências da lei’. Assim, a questão da volição ao argumentar uma defesa de insanidade no direito penal não é discutível em algumas jurisdições dos EUA (LANGER, 2009, tradução nossa).

A primeira delas seria a cognição – a capacidade de discernir o certo do errado. Na segunda, a volição, a capacidade de conter o impulso. “Assim, a questão da volição ao argumentar uma defesa de insanidade no direito penal não é discutível em algumas jurisdições” (LANGER, 2009). Algumas jurisdições americanas aceitaram argumentos de capacidade reduzida com base em transtorno mental. Afirmar a autora, ainda, que a evidência do transtorno

mental pode ser fator atenuante em termos de condenação, sendo a alegação de capacidade reduzida utilizada para transformar uma acusação de assassinato em primeiro grau para segundo grau ou homicídio culposo (LANGER, 2009). A constatação do abuso infantil independe da motivação do perpetrador, não havendo necessidade de constatação pelo Tribunal da presença ou não da Síndrome. Em relação à culpa, Langer (2009) pontua que “[...] não houve um exame sistemático da jurisprudência atual, e há muito pouca discussão, mesmo na literatura de saúde mental, dos problemas de saúde mental da mãe e suas implicações para sua culpa, requisito *mens rea* do delito”.

Sobre a *mens rea*⁴⁶, que, significa “mente culpada”, é vista sob os moldes da *common law*. Também tratada como *guilty mind* em países como os Estados Unidos da América, amolda-se como a junção de elementos necessários para constituir um crime.

A Cornell Law School, em seu Legal Information Institute, define *mens rea*⁴⁷ como

⁴⁶ Ver artigo *Introdução aos conceitos de mens rea e actus réus* (Oliveira, 2009). A *mens rea* é classificada em quatro estágios. O primeiro deles é chamado de *intent*, ou seja, a intenção, a qual é marcada pela vontade consciente em praticar ato perigoso ou ilegal, exemplificada pelo desejo em agredir outrem para lhe causar dano, constitui a intenção. A segunda é o *knowledge*, cujo teor consiste na ciência do agente sobre possíveis resultados ao praticar certas ações, mas que não aparenta dar importância a esses riscos prováveis. Sob a linha do *knowledge*, cumpre relembrar uma breve abordagem realizada nos artigos sobre a teoria da cegueira deliberada, haja vista o agente ter a probabilidade de conhecer a prática delituosa e, buscando eximir-se de responsabilidades ou puramente por questões de desinteresse, nada faz. Contextualizando: o agente incorre-se em *knowledge* em casos onde há o risco de existir práticas de lavagem de dinheiro no interior de certa empresa e, com isso, um de seus dirigentes, temendo responsabilizações ou não possui interesse em ter seu tempo tomado por uma desconfiança provável, ignora a probabilidade. Desse modo, incorre-se em delito por deter *mens rea* na modalidade *knowledge*, sendo responsabilizado criminalmente por ter o conhecimento criminoso. A terceira é a *recklessness*, conhecida no Brasil pela Imprudência, consiste na prática de ato mesmo ciente dos riscos associados à prática. Um exemplo típico brasileiro consiste na direção em excesso de velocidade, onde o condutor possui consciência do risco de acidente. A última parte da *mens rea* é a *negligence*... não é forçoso perceber que se trata da negligência. No caso americano ela é tida como uma forma menos gravosa da modalidade, consiste na não obtenção do zelo razoável, de um padrão esperado por certa prática. A título de exemplo elenca-se a criança que se afoga porque o cuidador não atendeu seu dever de impedir afogamentos, podendo ser culpado, no direito americano, por negligência criminosa.

⁴⁷ Ver Cornell Law School. Disponível em https://www.law.cornell.edu/wex/mens_rea. Acessado em 04 set. 2022. A exigência *mens rea* baseia-se na ideia de que a pessoa deve possuir um estado de espírito culpado e estar ciente de sua má conduta; no entanto, um réu não precisa saber que sua conduta é ilegal para ser culpado de um crime. Em vez disso, o réu deve estar ciente dos “fatos que fazem sua conduta se encaixar na definição do delito”. Aplicando *Mentes Reae*. Se uma lei especifica um estado mental ou uma ofensa específica, os tribunais geralmente aplicam o estado mental necessário a cada elemento do crime. Além disso, mesmo que uma lei se abstenha de mencionar um estado mental, os tribunais geralmente exigem que o governo ainda prove que o réu possuía um estado mental culpado durante o cometimento do crime. Por exemplo, a Suprema Corte dos Estados Unidos instruiu que os estatutos criminais federais sem um estado mental necessário “devem ser lidos para incluir ‘apenas a mens rea que é necessária para separar a conduta injusta da inocente’”. Os estados mentais geralmente são organizados hierarquicamente pelo estado de culpabilidade do ofensor. Geralmente, a culpabilidade do estado mental de um ator corresponde à gravidade do crime. Níveis mais altos de culpabilidade normalmente se correlacionam com responsabilidade mais severa e sentenças mais duras. Historicamente, os estados categorizavam os estados mentais em crimes que exigiam “intenção geral” e “intenção específica”. No entanto, devido à confusão que se seguiu sobre como descrever “intenção”, a maioria dos estados agora usa a classificação de quatro camadas do Código Penal Modelo (MPC), ou a distinção de maldade.

Mens Rea refere-se à intenção criminosa. A tradução literal do latim é ‘mente culpada’. O plural de mens rea é mentes reae. A mens rea refere-se ao estado de espírito legalmente exigido para condenar um determinado réu de um determinado crime. Veja, por exemplo *Staples v. Estados Unidos*, 511 US 600 (1994). Estabelecer a mens rea de um infrator geralmente é necessário para provar a culpa em um julgamento criminal. A acusação normalmente deve provar além de qualquer dúvida razoável que o réu cometeu o delito com um estado de espírito culposo. O juiz Holmes ilustrou o conceito de intenção quando disse que ‘até um cachorro sabe a diferença entre tropeçar e ser chutado’.

O MPC, Código Penal Modelo e Mens Rea. A maioria dos estados usa a classificação do MPC para várias mentes reae. O MPC organiza e define os estados mentais culposos em quatro categorias hierárquicas:

- 1) agindo propositalmente - o réu tinha um objetivo consciente subjacente para agir
- 2) agindo conscientemente - o réu está praticamente certo de que a conduta causará um resultado específico
- 3) agindo de forma imprudente - O réu conscientemente desconsiderou um risco substancial e injustificado
- 4) agindo com negligência - O réu não estava ciente do risco, mas deveria estar ciente do risco

Assim, um crime cometido propositalmente acarretaria uma punição mais severa do que se o infrator agisse com conhecimento, imprudência ou negligência. O MPC teve um grande impacto nos códigos criminais de vários estados e continua a ser influente na promoção do discurso sobre mens rea. Alguns expandiram a classificação do MPC para incluir um quinto estado de espírito: ‘responsabilidade objetiva’. Os crimes de responsabilidade estrita não exigem um estado de espírito culpado. O simples fato de que um réu cometeu o crime é suficiente para satisfazer qualquer investigação sobre o estado mental do réu. Essa falta de uma mente culpada atuaria como o quinto e menos censurável dos possíveis estados mentais. Para um crime de responsabilidade objetiva, basta que a acusação prove que o réu cometeu o ato ilícito, independentemente do estado mental do réu. Portanto, um estado de espírito culpado é irrelevante para uma ofensa de responsabilidade objetiva. Exemplos de delitos de responsabilidade estrita no direito penal geralmente incluem posse e estupro estatutário⁴⁸. Muitos comentaristas criticam a condenação dos réus sob responsabilidade objetiva por causa da falta de mens rea.

Falando em *mens rea* temos que falar de *actus reus*, que “possui origem latina e significa ‘ato de culpabilidade’ e ela representa a antijuricidade, através de elementos externos (ou objetivos) de um delito” (OLIVEIRA, 2022, online). Esse conceito se consubstancia na ação e consiste na junção da conduta delituosa com o resultado. Reunindo “*actus reus* com a *mens rea*, obteremos os requisitos necessários para que haja a responsabilização criminal em países de *common Law*⁴⁹, como Estados Unidos, Canadá, Índia, Colômbia e Inglaterra”.

⁴⁸ Estupro estatutário ou *statutory rape* - Nos Estados Unidos, o estupro estatutário é o crime cometido por um adulto quando faz sexo com alguém que é menor de idade, que pode legalmente concordar em fazer sexo. (COLLINS DICTIONARY, 2022).

⁴⁹ Ver Nascimento (2018) “Civil Law e Common Law, as duas tradições jurídicas mais importantes do Ocidente, têm uma matriz comum: o direito romano. Contudo, em determinado momento da história, por razões políticas, culturais e ideológicas, tal qual um caminho que se bifurca, separaram-se, resultando em dois fenômenos distintos: codificação e precedentes, que se constituirão nas características mais marcantes. Todavia, nos últimos tempos, diante da ocupação de maior espaço pelos juízes numa e a elaboração mais frequente de leis noutra, surge um movimento de reaproximação entre as duas tradições, tendo, no caso brasileiro, a precedentalização como o exemplo mais evidente. [...] Tradicionalmente, a distinção fundamental é

A inimizabilidade pode ser fundamentada em diversas situações, como doença mental, desenvolvimento mental incompleto, embriaguez fortuita e menoridade. O direito penal norte-americano exige a presença de *mens rea*, ou seja, uma mente culpada, para que alguém seja declarado culpado ou responsável pela maioria dos crimes. A *mens rea* se refere à intenção de cometer um ato criminoso com propósito injusto ou com culpa, conforme expresso na expressão latina *actus non facit reum nisi mens sit rea* (o ato não tornará uma pessoa culpada a menos que a mente também seja culpada). Nos casos em que a *mens rea* está ausente ou é reduzida, a responsabilidade criminal é eliminada ou atenuada. No contexto da inimizabilidade, a presença de uma doença mental pode afastar a responsabilidade criminal (HUSS, 2011).

Em 1975, Michigan foi o primeiro estado a estabelecer um veredito de *Guilty But Mentally Ill* (GBMI) [Culpado Porém Mentalmente Doente]. Michigan instituiu várias leis destinadas a diminuir o número de absolvições *not guilty by reason of insanity*⁵⁰ (NGRI) e aumentar a duração do confinamento daqueles considerados inimputáveis, na crença de que isso causaria um impacto terapêutico. Quatro estados aboliram a defesa por inimizabilidade, incluindo Idaho em 1982, Utah em 1983, Nevada em 1995 e Kansas em 1996 (HUSS, 2011).

Aquele que é considerado NGRI recebe uma destas: (1) nenhuma consequência e é libertado, a menos que a jurisdição tente interná-lo civilmente à parte do julgamento criminal; (2) uma audiência de internação automática depois que o veredito foi dado; (3) uma internação automática para observação e avaliação, que pode durar de 30 a 60 dias, e (4) uma internação compulsória automática (HUSS, 2011).

A noção de capacidade diminuída nos EUA foi introduzida pela Suprema Corte da Califórnia em 1949 (*Povo vs. Wells*, 1949). A legislação de reforma da defesa por inimizabilidade promoveu várias alterações fundamentais na aplicação federal do critério ALI, seguidas por diversos estados. O GBMI (*Guilty But Mentally Ill*) também foi proposto como uma

estabelecida na perspectiva da principal fonte do direito: primazia da lei, na Civil Law; precedentes judiciais, na Common Law. [...] Das duas tradições jurídicas, a mais antiga, influente e difundida é, certamente, a Civil Law. De origem mais remota também: 450 a.C, com a lei das Doze Tábuas em Roma. Em termos de abrangência, compreende a Europa Continental, América Latina inteira e parte dos continentes asiático e africano. E quando o assunto é formação e desenvolvimento, o que envolve a contribuição de elementos históricos, jurídicos e políticos para sua consolidação, pode-se dizer que, em linhas gerais, a Civil Law é o resultado do predomínio do antigo direito romano, das ideias esclarecidas, da revolução francesa e de seus principais fundamentos. [...] Trata-se a Common Law de uma tradição jurídica mais jovem se comparada com a Civil Law. De fato, se no ano de 533, com a publicação em Constantinopla do *Corpus Juris Civilis*, de Justiniano, de certo modo já se podia falar em Civil Law, a Common Law tem como marco zero o ano de 1006, data em que os normandos conquistam a Inglaterra. Sua abrangência é também menor. Limitada à Inglaterra, esse cenário só vai mudar a partir da expansão do Império Britânico durante o colonialismo. Atualmente, além de toda a Grã-Bretanha, compreende os Estados Unidos da América, Irlanda, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, além de influenciar no direito de muitos países da Ásia e África”.

⁵⁰ Inocente por motivo de insanidade.

alternativa ao NGRI (*Not Guilty by Reason of Insanity*), que permite aos jurados concluírem que o acusado é culpado, mas que ainda padece de uma enfermidade mental (HUSS, 2011).

4.1 ANÁLISE DOS CASOS APRESENTADOS NO CAPÍTULO 2

Welzel defende que o crime é composto por três elementos: tipicidade, ilicitude e culpabilidade. Essa teoria finalista é adotada pelo Código Penal brasileiro atualmente.

A Teoria Limitada da Culpabilidade, adotada pelo finalismo, retira o dolo e a culpa da culpabilidade e os coloca na tipicidade. Segundo essa teoria, o dolo antecede a análise de culpabilidade e deve ser parte da ação típica do crime. A culpabilidade é vista como um juízo de reprovação ao autor do crime, desde que este tenha consciência potencial da ilicitude e possa agir de outro modo.

De acordo com o finalismo, o conceito de crime continua sendo típico, ilícito e culpável, mas determina que o dolo e a culpa são partes do tipo penal. A culpabilidade é o limite e o fundamento da pena.

O princípio da imputação subjetiva estabelece que não pode haver pena sem dolo ou culpa, além do nexo causal típico, um liame psicológico, que consiste na vontade consciente de realização da conduta proibida (dolo) ou pelo menos uma tal de negligência (culpa), que seja determinante para a ocorrência do dano social previsto como crime.

A Teoria da Adequação Social mantém o mesmo conceito de crime (típico, ilícito e culpável), com o dolo e a culpa como parte do tipo penal, mas acrescenta a ideia de relevância social.

A Teoria Limitada da Culpabilidade estabelece três elementos da culpabilidade:

- Imputabilidade: Causas de inimputabilidade (exclusão da culpabilidade) incluem doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, menores de 18 anos e embriaguez.
- Potencial consciência da ilicitude: Excludente de Culpabilidade – Erro de Proibição Inevitável.
- Exigibilidade de conduta diversa: exceção é a coação irresistível e obediência hierárquica.

O artigo 18 do Código Penal brasileiro estabelece que há apenas duas espécies de crime: doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo, e culposos, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Em resumo, não há

pena⁵¹ sem culpabilidade (*nulla poena sine culpa*), segundo a Teoria Finalista da Culpabilidade em vigor atualmente.

O Dolo direto, também chamado dolo determinado, intencional, imediato ou incondicionado, é aquele que se caracteriza pela vontade do agente estar dirigida especificamente à produção do resultado típico, o agente quer o resultado. Adota-se a *teoria da vontade*.

A Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) é um transtorno psiquiátrico em que o cuidador (geralmente a mãe) inventa ou provoca sintomas em uma criança sob seus cuidados para obter atenção médica ou gratificação pessoal. Em casos de SMP, a teoria da culpabilidade subjetiva é aplicada para determinar se o cuidador é responsável pelo crime. A culpabilidade subjetiva é um dos elementos da culpabilidade, que é o juízo feito sobre a reprovabilidade da conduta do agente, considerando suas circunstâncias pessoais.

A Teoria Limitada da Culpabilidade, adotada pelo Código Penal, considera como elementos da culpabilidade a imputabilidade, a potencial consciência da ilicitude e a exigibilidade de conduta diversa. A imputabilidade se refere à capacidade do agente de entender o caráter ilícito do fato praticado e de determinar-se de acordo com esse entendimento. No caso de SMP, é importante determinar se o cuidador tem imputabilidade penal, ou seja, se é capaz de entender a ilicitude do seu comportamento.

A potencial consciência da ilicitude se refere à capacidade do agente de entender que sua conduta é contrária ao ordenamento jurídico. No caso de SMP, é importante determinar se o cuidador tinha consciência de que sua conduta era ilegal e se poderia ter agido de outra forma. A exigibilidade de conduta diversa se refere à possibilidade de o agente ter agido de forma diferente em relação ao fato praticado. No caso de SMP, é importante determinar se o cuidador tinha a possibilidade de agir de forma diferente em relação à criança sob seus cuidados.

Existem outras teorias da culpabilidade, como a Teoria do Funcionalismo, que considera que a culpabilidade é um juízo de reprovação social que tem como objetivo a prevenção de novos delitos. Outra teoria é a Teoria Finalista, que considera a culpabilidade como um

⁵¹ No artigo *Abolição da pena de morte no Brasil. Velhos e novos olhares. Homenagem aos 150 anos da abolição da pena de morte em Portugal*, D'Avila (2018) coloca que: A pena criminal pressupõe que o condenado suporte e sofra a sanção, sendo uma afirmação de liberdade e responsabilidade. A pena é uma manifestação que não pode se projetar para além do limite das forças e da capacidade daquele que a recebe. Aniquilar (no caso de pena de morte) quem deveria sofrer a sanção é subtrair da pena o seu sentido primeiro, é privá-la da sua *ratio* mais profunda, do diálogo íntimo, único e irrepetível que deve ela manter com a pessoa do condenado. A morte não pode ser vista como uma pena, e que a pena, enquanto sanção jurídica, não pode ser a morte.

elemento do tipo penal, ou seja, como uma condição do agente para que a conduta seja considerada como crime.

No entanto, a Teoria Limitada da Culpabilidade é a adotada pelo Código Penal brasileiro. Além disso, é importante lembrar que a emoção ou a paixão e os casos de embriaguez que não sejam provenientes de caso fortuito ou força maior não excluem a imputabilidade penal. Ou seja, mesmo que o cuidador tenha agido por emoção ou paixão, ainda pode ser considerado culpável pelo crime cometido.

No caso de SMP, a teoria da culpabilidade subjetiva é aplicada para determinar se o cuidador tinha imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa. Se verificado que no caso concreto era inexigível conduta diversa por parte do agente, fica excluída a culpabilidade, por consequência, fica isento de pena. No entanto, é importante lembrar que cada caso deve ser analisado individualmente e a aplicação da teoria da culpabilidade subjetiva pode variar de acordo com as circunstâncias do caso.

4.1.1 Gypsy Rose Blanchard (Vítima) X Claudine Blanchard (Perpetradora)

Quanto ao caso de Gypsy Blanchard, cuja mãe Claudine a apresentava como uma criança doente crônica, caracteriza-se a incidência da Síndrome de Münchhausen por Procuração, pois Claudine criou falsos registros médicos, falsos sintomas e doenças, mantendo Gypsy em estado de isolamento, fazendo-a passar por muitas cirurgias e tratamentos desnecessários ao longo de mais de 20 anos. Gypsy, que na verdade tinha saúde perfeita, quando descobriu a verdade sobre sua condição, planejou o assassinato de sua mãe com a ajuda de um namorado conhecido pela internet, Nicholas Godejohn. Dee Dee foi esfaqueada até a morte enquanto dormia, por Nicholas Godejohn, em colaboração com a própria Gypsy, em plano arquitetado e executado por ambos.

Em 16 de junho de 2015, Gypsy Blanchard e Godejohn foram presos em Wisconsin e acusados de assassinato em primeiro grau. No entanto, Gypsy foi condenada a dez anos de prisão em julho de 2016 por assassinato em segundo grau de sua mãe, com possibilidade de condicional a partir de dezembro de 2023, por acordo de confissão. Nicholas Godejohn foi condenado em fevereiro de 2019, por assassinato em primeiro grau, com pena de prisão perpétua, sem possibilidade de condicional, e mais 25 anos, de forma concorrente, pela ação criminosa armada.

Homicídio em primeiro grau é o tipo mais grave de acusação de homicídio e é premeditado, deliberado e intencional. Homicídio em segundo grau é uma acusação menos grave do que o homicídio em primeiro grau. Envolve matar alguém sem premeditação ou planejamento para fazê-lo. O ofensor pode ter a intenção de ferir a vítima, mas não necessariamente matá-la. A punição para homicídio em segundo grau geralmente é menos severa do que homicídio em primeiro grau, mas ainda acarreta uma significativa sentença de prisão.

A culpabilidade penal é um conceito que se refere à responsabilidade do agente pelo crime cometido e, neste caso de Gypsy Rose Blanchard, é possível analisar a culpabilidade penal através dos seguintes pontos:

- Gypsy planejou e executou o assassinato de sua mãe em colaboração com o namorado, Nicholas Godejohn;
- Gypsy tinha plena consciência de que o que estava fazendo era ilegal e moralmente errado;
- Gypsy mentiu para a polícia e para outras pessoas sobre o seu envolvimento no crime, o que demonstra a intenção de ocultar a sua culpabilidade;
- Gypsy alegou que foi vítima de abuso e manipulação por parte de sua mãe durante anos, o que pode ser considerado como um atenuante, mas não elimina a sua responsabilidade pelo crime.

No que se refere ao dolo, é possível afirmar que Gypsy agiu com dolo direto de primeiro grau, ou seja, desenvolveu conduta com vontade e consciência dirigida a produzir determinado resultado, a atingir um único bem jurídico, causando a morte de mãe, ao planejar e executar o crime junto com o namorado (eles planejaram, ela entregou uma faca a ele, ficou no quarto ao lado enquanto ele entrou no quarto da mãe e esfaqueou-a até a morte, ouviu os gritos da mãe e nada fez). Além disso, Gypsy tinha plena consciência da ilicitude do seu comportamento e da gravidade do resultado que poderia ocorrer.

O promotor do condado de Greene, Dan Patterson, reconheceu o relacionamento abusivo da mãe com a filha e com base nisso ofereceu um acordo judicial a Gypsy Rose Blanchard, que incluía uma sentença mínima de 10 anos de prisão por homicídio em segundo grau, sendo ela elegível para liberdade condicional no final de 2023. Gypsy, depois de admitir seu papel na morte de sua mãe, Claudine “Dee Dee” Blanchard, em junho de 2015, aceitou o acordo.

Patterson afirmou que poderia ter buscado uma condenação por homicídio em primeiro grau, o que significaria que Gypsy Blanchard teria que passar o resto de sua vida na prisão, mas considerou que isso seria injusto devido ao abuso que ela sofreu nas mãos de Dee Dee, pois

este é um caso de assassinato em primeiro grau. Ele se referiu ao assassinato como “nem justificável nem desculpável”, mas disse que a sentença levou em consideração os quase 20 anos de abuso “sistemático e proposital” por parte da mãe de Gypsy.

No entanto, é importante ressaltar que a Síndrome de Münchhausen por Procuração não justifica o crime cometido por Gypsy. Mesmo sendo vítima de abuso, Gypsy tinha plena consciência da ilicitude do seu comportamento e da gravidade do resultado que poderia ocorrer. Por isso, ela foi condenada pelo assassinato de sua mãe e cumpre pena atualmente em regime fechado. O fato de a sua condenação ter sido em segundo grau demonstra o quão relevante foram os abusos sofridos por ela, que permitiram a atenuação de sua pena, fato nada tradicional em termos de justiça nos EUA.

Em resumo, a análise da culpabilidade penal e do dolo no caso de Gypsy Rose Blanchard aponta para a responsabilidade da acusada pelo crime cometido, uma vez que ela planejou e executou o assassinato de sua mãe, em conjunto com o namorado, com plena consciência da ilicitude do seu comportamento. A SMP pode ter sido considerada como um atenuante no caso dela, mas não eliminou a sua responsabilidade pelo crime.

No caso de Gypsy e Nicholas, não foi aplicada nenhuma excludente de ilicitude e ambos foram condenados pelo assassinato de Dee Dee (Context). Portanto, no caso em questão, não houve afastamento da culpabilidade dos agentes e a frase “entender a ilicitude do seu comportamento e de se conduzir de acordo com esse entendimento” é relevante para entender a responsabilidade de Gypsy e Nicholas pelo crime cometido.

É importante destacar que, em geral, a culpabilidade é a característica que determina a responsabilização do agente pelo delito. Para que haja culpabilidade, é necessário que o agente tenha a capacidade de entender a ilicitude do seu comportamento e de se conduzir de acordo com esse entendimento. No entanto, existem casos em que a culpabilidade pode ser afastada, como no caso das excludentes de ilicitude.

Em relação à mãe de Gypsy, Dee Dee Blanchard, é importante destacar que ela também teve um papel importante no crime. Dee Dee falsificou doenças em Gypsy e a manteve em estado de isolamento, o que caracteriza a Síndrome de Münchhausen por Procuração. Sua conduta foi, portanto, um atenuante para a culpabilidade de Gypsy, vítima de abuso e manipulação por parte da mãe durante mais de 20 anos.

4.1.2 E.B.S. (Vítima) X K.B. (Perpetradora)

Quanto ao caso de E.B.S. temos a considerar que a sua mãe, K.B., foi denunciada⁵² pelo Ministério Público por tentar matá-lo. Eduardo B.S tinha 6 anos e ela utilizou-se de emprego de meio cruel, por injetar líquidos no acesso venoso da vítima. A denúncia alega que o motivo do crime foi a Síndrome de Münchhausen por Procuração, uma vez que K.B. injetava substâncias nas veias da criança, consciente e intencionalmente, para ter atenção médica. Após a denúncia e o aditamento, houve instrução e sentença desclassificatória da imputação inicial.

O Ministério Público recorreu alegando que K.B. agiu consciente e voluntariamente, com intenção ou ao menos assumindo o risco de matar o filho. Comprovava-se a materialidade e autoria dos fatos.

O laudo psiquiátrico de K.B., presente nos autos do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), atestou que havia características compatíveis com a Síndrome de Münchhausen por Procuração e que este transtorno não havia modificado a sua capacidade de entendimento, e trazia a finalidade intrínseca de chamar atenção para si mesma, inventando ou provocando problemas de saúde que exigiam intervenção médica, sem, no entanto, ter a intenção de matar o filho.

Quanto à tipificação do fato praticado, analisou o juízo que, uma vez presente a Síndrome de Münchhausen por Procuração, faz-se incompatível a imputação de dolo direto de matar, já que não houve a intenção de matar, e que, se esta ocorresse, seria uma intercorrência não desejada, sendo, neste caso, possível a atribuição de dolo eventual, na medida em que se aceitou o risco de produzi-lo. Mas como existe uma incompatibilidade da tentativa com o dolo indireto, não é possível pronunciá-la por homicídio tentado como requerido na denúncia.

O entendimento das cortes superiores sobre dolo eventual e tentativa de homicídio é um tema que tem gerado divergências de opiniões entre doutrinadores e tribunais. Alguns defendem que é possível admitir a tentativa nas hipóteses de dolo eventual, enquanto outros consideram incompatível a relação entre os dois elementos

Essa posição de incompatibilidade da tentativa com o dolo indireto é controversa na jurisprudência, havendo diferentes posições.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem jurisprudência sobre essa matéria, afirmando o entendimento de que dolo eventual atribuído à conduta do agente no crime de homicídio é compatível com homicídio tentado (HC 678.195⁵³). Esse entendimento foi utilizado em

⁵² Incurra nas sanções do art. 121, § 2º, III e IV, § 4º, parte final, c/c o art. 14, II, ambos do Código Penal.

⁵³ STJ, AgRg no HABEAS CORPUS Nº 678.195 - SC (2021/0208808-0), 14/09/2021. Interessante observar neste HC que o relator, ministro Reynaldo Soares da Fonseca, afirmou que, apesar de haver julgados com

processo no qual o réu, durante briga de trânsito, esfaqueou várias vezes a vítima, e o ministro Reynaldo Soares apontou que

[...] quando o agente quer o resultado (dolo direto) ou assume o risco de produzi-lo (dolo eventual), há, indistintamente, a figura do dolo. Segundo o relator, se em ambas as condutas o delito pode não ser consumado por circunstâncias alheias à vontade do agente, não há que se cogitar a incompatibilidade entre o dolo eventual e o instituto da tentativa

[...] não há falar em incompatibilidade entre o dolo eventual e a figura da tentativa, visto que, quando o agente quis o resultado (dolo direto) ou assumiu o risco de produzi-lo (dolo eventual), há, indistintamente, a figura do dolo, e se em ambas as condutas poderá o delito não se consumir por circunstâncias alheias à vontade do agente, não há que se cogitar de incompatibilidade entre o dolo eventual (espécie de dolo) e o instituto da tentativa.

O STJ ressalta⁵⁴ que a Lei 13546/2017 não excluiu a possibilidade de dolo em crimes de trânsito, e que a análise da aplicação do dolo eventual é comum nos homicídios de trânsito, entendimento pacificado após ter surgido “no Judiciário a discussão se ainda seria possível reconhecer o dolo eventual quando o motorista comete crime sob efeito de álcool ou de outra substância psicoativa”. No AERsp 1.166.037 foi discutida esta questão: em que um réu, após ingerir bebidas alcoólicas e sair dirigindo em velocidade acima da permitida, sem respeitar a sinalização, atingiu outro carro, matando um dos ocupantes.

Ainda no HC 678.195, o ministro Reynaldo Soares da Fonseca cita o julgado, no qual o STJ reitera o mesmo posicionamento, “É firme o entendimento desta Corte Superior ao reconhecer ‘a compatibilidade entre o dolo eventual e o crime tentado’” (AgRg no REsp n. 1.199.947/DF, Quinta Turma, Rel^a. Ministra LAURITA VAZ, Dje 17/12/2012).

Analizando a culpabilidade e o dolo de K.B., neste caso, podemos considerar os seguintes pontos:

- O Ministério Público não logrou demonstrar que havia deliberada intenção de matar a criança, tal como expressamente imputada na denúncia, logo, a desclassificação da

posicionamento contrário no STJ, a corte decidiu pela orientação que “elege-se o posicionamento pela compatibilidade, em tese, do dolo eventual também com as qualificadoras objetivas (art. 121, § 2º, III e IV, do CP). Em resumo, as referidas qualificadoras serão devidas quando constatado que o autor delas se utilizou dolosamente como meio ou como modo específico mais reprovável para agir e alcançar outro resultado, mesmo sendo previsível e tendo admitido o resultado morte” (AgRg no AgRg no REsp 1.836.556/PR, Rel. Ministro JOEL ILAN PACIORNIK, Quinta Turma, julgado em 15/6/2021, DJe de 22/6/2021).

⁵⁴ STJ. *Resultados previstos, riscos assumidos: o dolo eventual no crime de homicídio*. Publicado em 12 jun. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/12062022-Resultados-previstos--riscos-assumidos-o-dolo-eventual-no-crime-de-homicidio.aspx>. Acesso em: 11 mar. 2023.

pronúncia se impôs obrigatória, para outra, alheia ao Tribunal do Júri, declinando para uma Vara Criminal comum;

- Culpabilidade: K.B. tinha plena consciência de seus atos e da gravidade do crime que estava cometendo. Ela injetava líquidos em seu filho indefeso e sabia que isso poderia levar à morte da criança. Além disso, ela já havia perdido outro filho em circunstâncias semelhantes, o que indica que ela tinha conhecimento do risco ao qual estava colocando seu filho;
- Dolo: K.B. buscava causar danos à saúde do filho para, com isso, obter atenção médica, logo, a situação seria incompatível com a imputação de dolo direto de matar;
- Diante desses pontos, podemos concluir que K.B. agiu com plena culpabilidade. Sua conduta é inaceitável e merece ser responsabilizada de acordo com a lei, por crime de lesão corporal grave.

4.1.3 Julie Gregory (Vítima) X Sandy Sue Smith (Perpetradora)

O terceiro caso apresentado foi o de Julie Gregory, autora da obra *Sickened: The True Story of a Lost Childhood*, livro autobiográfico escrito em 2008 no qual ela narra a sua história. Ela revela que foi continuamente submetida a vários tipos de exames médicos, medicamentos e cirurgias desde a infância em busca de doenças criadas apenas na mente de sua mãe. A autora descreve como a manipulação emocional e física de sua mãe a fez acreditar que ela estava doente, quando na verdade era uma criança saudável.

A mãe, Sandy Sue Smith, sofria da Síndrome de Münchhausen por Procuração, uma das formas mais ocultas e perigosas de abuso infantil no mundo. Na SMP o cuidador, quase sempre a mãe, como já descrito neste trabalho, inventa ou induz sintomas no filho porque deseja a atenção de profissionais médicos.

Ao longo do livro, Julie Gregory relata a ingenuidade surpreendente de profissionais médicos, de enfermagem e assistentes sociais que nada suspeitavam e descreve a obsessão da mãe em obter atenção médica, mesmo quando isso significava colocar a sua saúde e bem-estar em risco.

A certeza de que a doença estava em sua mãe, não nela, só viria para Julie na idade adulta. Mas, quando isso aconteceu, foi como um raio. E foi através de sua dolorosa metamorfose que ela descobriu a coragem de salvar sua própria vida e, finalmente, a vida da menina que sua mãe havia encontrado para substituí-la.

O livro é uma memória notável que fala, com uma voz original e distinta do meio-oeste norte-americano, de uma história impressionante e poderosa sobre sobrevivência e resiliência, pontuada com os registros médicos reais de Julie.

Apesar de ter passado por uma infância traumática, Julie Gregory conseguiu encontrar sua própria voz e superar as cicatrizes emocionais deixadas por sua mãe e pela SMP, trazendo uma reflexão perturbadora sobre a natureza do abuso infantil e da violência doméstica.

Em termos de culpabilidade e dolo em relação à mãe de Julie, Sandy Sue Smith, fica clara a intencionalidade de sua conduta. Embora não houvesse o dolo de matar, havia o dolo de causar danos físicos e emocionais à Julie associado à aceitação do risco de morte que poderia advir como decorrente dos maus tratos infligidos à menina. A intenção de causar danos físicos e emocionais é um componente essencial da SMP. O dolo é um elemento subjetivo do crime, que consiste na vontade livre e consciente de praticar a conduta criminosa descrita na lei penal. Neste caso, se indiciada fosse, a mãe de Julie o seria por lesão corporal de natureza grave. Sandy Sue Smith agiu com dolo eventual, ou seja, ela não desejava a morte da filha, mas assumiu o risco de causar danos físicos e emocionais a Julie, associado à aceitação do risco de morte que poderia advir como decorrente dos maus tratos infligidos à menina.

O dolo é, em síntese, a vontade consciente de realizar os elementos objetivos do tipo penal. A essência do dolo reside na conduta. É o elemento subjetivo, o que está na cabeça do agente, a sua intenção, finalidade. O dolo, no sistema finalista, integra a conduta, e, consequentemente, o fato típico. Trata-se do elemento psicológico do tipo penal, implícito e inerente a todo crime doloso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) é uma condição rara em que um cuidador, geralmente um dos pais, simula ou induz sintomas de doença em uma criança ou outra pessoa vulnerável aos seus cuidados para obter atenção médica para si ou outros benefícios.

A SMP pode ser difícil de ser identificada, uma vez que o perpetrador é geralmente um cuidador próximo da vítima e se esforça para esconder o abuso, são manipuladores e controladores. No entanto, há alguns sinais que podem indicar a sua incidência:

1. Histórico médico incomum de muitas hospitalizações, cirurgias e tratamentos invasivos.
2. Sintomas inexplicáveis apresentados pela vítima.
3. Comportamento do cuidador voltado para falsificar e exagerar os sintomas da vítima.
4. Histórico de abuso/maus tratos infantil do perpetrador.
5. Várias queixas médicas semelhantes em outros membros da família.

Se houver suspeita de SMP, é importante notificar imediatamente as autoridades de proteção à criança e buscar ajuda de um profissional de saúde mental. O diagnóstico precoce é fundamental para a proteção da criança e para garantir que o perpetrador seja responsabilizado pelo abuso.

O diagnóstico da Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) é um desafio, pois envolve a observação cuidadosa dos sintomas apresentados pela vítima, a história médica e comportamental do perpetrador e uma série de exames médicos para descartar outras condições médicas.

O tratamento da SMP envolve uma abordagem multidisciplinar para proteger a criança e fornecer um ambiente seguro e estável para o seu desenvolvimento.

Nos casos de SMP, a questão da culpabilidade penal é complexa e pode depender de vários fatores, incluindo a gravidade dos danos causados à criança e o grau de intencionalidade do cuidador. Sabe-se que a SMP é uma condição psiquiátrica que não afeta a capacidade do perpetrador de compreender a natureza ilícita de suas ações, portanto, são considerados responsáveis por seus atos e podem ser processados criminalmente. Envolve um acusado que está consciente de suas ações e intencionalmente induzindo sintomas em uma criança. A conduta do acusado pode incluir a indução de sintomas em uma criança, mentir para os médicos ou fazer falsas alegações sobre a saúde da criança. Embora algumas pessoas que sofrem de SMP possam acreditar que estão agindo no melhor interesse da criança, a maioria dos casos envolve um comportamento consciente e intencional que visa enganar médicos e outros

profissionais de saúde para obter atenção ou reconhecimento por sua suposta dedicação e cuidado com a criança.

Caso o cuidador/perpetrador seja considerado imputável, ele ou ela pode ser processado criminalmente e enfrentar acusações como agressão, abuso infantil, tentativa de homicídio ou até mesmo homicídio.

O judiciário pode desempenhar um papel fundamental na identificação precoce da Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) por meio de políticas e práticas que promovam uma maior conscientização sobre a síndrome e incentivem os profissionais do direito a relatarem quaisquer suspeitas de abuso infantil.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. **Psiquiatria forense de Taborda**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.

ABDURRACHID, Nuzhat; MARQUES, João Gama. Münchhausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). **CNS spectrums**, v. 27, n. 1, p. 16-26, 2022.

ABELN, Brittany; LOVE, Rene. An overview of Münchhausen syndrome and Münchhausen syndrome by proxy. **Nursing Clinics**, v. 53, n. 3, p. 375-384, 2018.

APA. American Psychiatric Association. **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

ARAÚJO, Fábio Roque da Silva. **Culpabilidade, livre-arbítrio e neurodeterminismo: os reflexos jurídico-penais da revolução neurocientífica**. 2014. Tese (Doutorado em Direito Público) – Programa de Pós-Graduação em Direito Público, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ARTINGSTALL, Kathryn. **Münchhausen by proxy and other factitious abuse: Practical and forensic investigative techniques**. Boca Raton: CRC Press, 2016.

ASHER, Richard. Münchhausen syndrome. **Lancet**, v. 1, n. 6650, p. 339-41, 1951.

AYOUB, Catherine C. *et al.* Position Paper: Definitional Issues in Münchhausen by Proxy: APSAC Taskforce on Münchhausen by Proxy, Definitions Working Group. **Child Maltreatment**, v. 7, n. 2, p. 105-111, 2002.

BARROS, Daniel Martins de. **Introdução à Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2019.

BARROS, Daniel Martins de; TEIXEIRA, Eduardo Henrique. Perícia em Direito Penal. In: **Manual de Perícias Psiquiátricas**. Organizadores: BARROS, Daniel Martins de; TEIXEIRA, Eduardo Henrique. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

BINS, Helena Dias de Castro; TABORDA, José Geraldo Vernet. Exame Pericial Psiquiátrico. In: ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. B. (Org.). **Psiquiatria forense de Taborda**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. cap. 4.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal 1 Parte Geral**. São Paulo: Saraiva Educação SA, 2018.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código penal comentado**. São Paulo: Saraiva Educação SA, 2019.

BOOLS, C. N.; NEALE, B. A.; MEADOW, S. R. Co-morbidity associated with fabricated illness (Münchhausen syndrome by proxy). **Archives of Disease in Childhood**, v. 67, n. 1, p. 77-79, 1992.

BOOLS, C. N.; NEALE, B. A.; MEADOW, S. R. Münchhausen Syndrome by Proxy. A study of psychopathology. **Child Abuse & Neglect**, v. 18, p. 773-788, 1994.

BRANDÃO, Cláudio. **Teoria Jurídica do Crime**. n. 5. Coleção: Ciência Criminal Contemporânea, v. 1. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2019.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 13 out. 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso em Habeas Corpus Nº 67.402/DF** (2016/0020825-6). Recurso Ordinário em Habeas Corpus, estupro, estupro tentado e roubo, incidente de insanidade mental. Indeferimento. Ausência de dúvida razoável. Cerceamento de defesa não configurado. Recurso não provido. RECORRENTE: P DA S M J. RECORRIDO: MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. RELATOR: MINISTRO ROGERIO SCHIETTI CRUZ, 23 de maio de 2017. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?termo=2016%2F0020825-6&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&chkordem=DESC&chkMorto=MORTO>. Acesso em: 30 abr. 2023.

BUONICORE, Bruno Tadeu Palmieri. **O fundamento onto-antropológico da culpa: contributo para o estudo do conteúdo material da culpabilidade na dogmática penal contemporânea**. 2014. 36 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BURTON, M. Caroline *et al.* Münchhausen syndrome by adult proxy: A review of the literature. **Journal of hospital medicine**, v. 10, n. 1, p. 32-35, 2015.

BYARD, Roger W. “Münchhausen syndrome by proxy”: problems and possibilities. **Forensic science, medicine, and pathology**, v. 5, n. 2, p. 100-101, 2009.

BYARD, Roger W.; BEAL, Susan M. Münchhausen syndrome by proxy: repetitive infantile apnoea and homicide. **Journal of paediatrics and child health**, v. 29, n. 2, p. 77-79, 1993.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 741-763, 2014.

CHICZEWSKI, Deborah; KELLY, Michael. Münchhausen syndrome by proxy: the importance of Behavioral artifacts. **FBI Law Enforcement Bull.**, v. 72, p. 20, 2003.

COELHO, Thales Cavalcanti. **Livre-arbítrio e culpabilidade**: a responsabilização penal em face das contribuições da neurociência. 2015. 232 f. Orientador: Víctor Gabriel de Oliveira Rodríguez. Dissertação (Mestrado em Direito Penal) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

COIMBRA, Cátia Sofia Antunes. **(Re) pensando o maltrato infantil com base num estudo de caso**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 2007.

COLLINS DICTIONARY. Statutory Rape. Glasgow: HarperCollins Publishers, 2022. Disponível em: <https://www.collinsdictionary.com/>. Acesso em: 04 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.057, de 20 de setembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 165-71, 12 nov. 2013. Seção 1. Disponível em: <https://bit.ly/37ApbGb>. Acesso em: 29 abr. 2023.

CRIMINAL Law. Minnesota: University of Minnesota; Libraries Publishing Edition, 2015. Disponível em: <https://open.lib.umn.edu/criminallaw/>. Acesso em: 04 set. 2022.

D'AVILA, Fabio Roberto. Aproximações à Teoria da Exclusiva Proteção De Bens Jurídicos No Direito Penal Contemporâneo Approaches To The Exclusive Protection Of Legal Interests' Theory In Contemporary Criminal Law. **Revista Justiça e Sistema Criminal**, v. 1, n. 2, p. 103-124, 2009.

D'AVILA, Fabio Roberto. Liberdade e segurança em direito penal. O problema da expansão da intervenção penal. **Revista Eletrônica de Direito Penal**, v. 1, n. 1, 2013.

D'AVILA, Fabio Roberto. Desafios do modelo de crime como ofensa ao bem jurídico no direito penal contemporâneo. **Revista Científica do ISCTAC**, 2014.

D'AVILA, Fabio Roberto. Tipo, ilícito e valor: notas conceituais e sistemáticas. **Revista brasileira de ciências criminais**, n. 121, p. 99-126, 2016.

D'AVILA, Fabio Roberto. A Realização do Tipo de Ilícito como Pedra Angular da Teoria do Crime: Elementos Para o Abandono do Conceito Pré-Típico de Ação e de Suas Funções. **Revista Científica do ISCTAC**, v. 2, n. 6, 2017.

D'AVILA, Fabio Roberto. Abolição da pena de morte no Brasil. Velhos e novos olhares. Homenagem aos 150 anos da abolição da pena de morte em Portugal. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, 2018.

D'AVILA, Fabio Roberto. COVID-19, Autorresponsabilidade E Imputação Objetiva. Notas Introdutórias. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, n. 88, p. 40-56, 2020.

D'AVILA, Fabio Roberto. Resultado, Causalidade e Imputação Objetiva. Velhos E Novos Olhares Sobre O Artigo 13 Do Código Penal Brasileiro. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, n. 92, p. 149-170, 2022.

D'AVILA, Fabio Roberto; SAAVEDRA, Giovani Agostini. Legal good and recognition: A study of Axel Honneth's social theory. **Droit et société**, p. 325-337, 2011.

D'AVILA, Fabio Roberto; SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder. O ilícito penal nos crimes ambientais. Algumas reflexões sobre a ofensa a bens jurídicos e os crimes de perigo abstrato no âmbito do direito penal ambiental. **Revista brasileira de ciências criminais**, v. 67, p. 29, 2007.

DAUFEMBACK, Valdirene. **Relações entre a Psicologia e o Direito Penal**: o uso dos saberes psicológicos no contexto da culpabilidade e da dosimetria da pena no Tribunal do Júri. 2014. 185 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

DE BORBA TELLES, Lisieux E. et al. Transtorno factício imposto a outro (síndrome de Münchhausen por procuração) e maus-tratos infantis. **Debates em Psiquiatria**, v. 5, n. 6, p. 38-42, 2015.

DENNY, S. J.; GRANT, C. C.; PINNOCK, R. Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy in New Zealand. **Journal of paediatrics and child health**, v. 37, n. 3, p. 240-243, 2001.

EWING, Charles Patrick. **Insanity**: murder, madness, and the law. Oxford: Oxford University Press, 2008.

FERRARA, Pietro *et al.* Factitious disorders and Münchhausen syndrome: The tip of the iceberg. **Journal of child health care**, v. 17, n. 4, p. 366-374, 2013.

FISH, Ellen; BROMFIELD, Leah; HIGGINS, Daryl. A new name for Münchhausen Syndrome by Proxy: defining fabricated or induced illness by carers. **Child Abuse Prevention**, Australian Institute of Family Studies, n. 23, spring 2005.

FISHER, George C.; MITCHELL, Ian. Is Münchhausen syndrome by proxy really a syndrome?. **Archives of disease in childhood**, v. 72, n. 6, p. 530, 1995.

FRANCO, Jana  ina O. B.; BATIST  O, Rosa S.; SANTOS, Denise C.; FERREIRA, Wellington F. S.; VASCONCELOS, Cláudia R.; Bioética e sociedade: transtorno factício autoimposto e imposto a outro. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 20, n. 1, p. 49-66, 2020.

FURLANETTO, Carina; SCOTTON, Greice. De solidariedade a caso de polícia. **Serranossa**, Bento Gonçalves. 2 set. 2017. Disponível em: <https://www.serranossa.com.br/de-solidariedade-a-caso-de-policia/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

GOLDBERG, Neal et al. Sudden infant death syndrome: a review. **Pediatric annals**, v. 47, n. 3, p. e118-e123, 2018.

GOMES DE MATOS, Evandro; GOMES DE MATOS, Thania Mello; GOMES DE MATOS, Gustavo Mello. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, p. 312-318, 2005.

GRAY, Jenny; BENTOVIM, Arnon. Illness Induction Syndrome. **Child Abuse & Neglect**, v. 20, p. 655-673, 1996.

GREGORY, Julie. **Sickened**: The true story of a lost childhood. New York: Bantam, 2008.

HUSS, Matthew T. Inimputabilidade e responsabilidade criminal. In: HUSS, Matthew T. **Psicologia forense**: pesquisa, prática clínica e aplicações. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; Revisão técnica: José Geraldo Vernet Taborda. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011. p. 171-196.

LANGER, Rosanna. A Dignified and Caring Mother: An Examination of Münchhausen Syndrome by Proxy Case Law. **Psychiatry, Psychology and Law**, v. 16, n. 2, p. 217-239, 2009.

LIVINGSTON, Richard. Children of people with somatization disorder. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 32, 536-544, 1993.

MATOS, Evandro Gomes de; MATOS, Thania M. Gomes de; MATOS, Gustavo M. Gomes de. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 312-318, set. 2005.

MCCLURE, Roderick J. et al. Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. **Archives of disease in childhood**, v. 75, n. 1, p. 57-61, 1996.

MEADOW, Roy. Münchhausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. **The Lancet**, v. 310, n. 8033, p. 343-345, 1977.

MEADOW, Roy. Münchhausen syndrome by proxy. **Archives of disease in childhood**, v. 57, n. 2, p. 92-98, 1982.

MEADOW, Roy. Fictitious epilepsy. **The Lancet**, v. 324, n. 8393, p. 25-28, 1984.

MEADOW, Roy. False allegations of abuse and Münchhausen syndrome by proxy. **Archives of disease in childhood**, v. 68, n. 4, p. 444-447, 1993.

MEADOW, Roy. What is and what is not 'Münchhausen Syndrome by Proxy?' **Archives of Disease in Childhood**, v. 72, p. 534-538, 1995.

MEADOW, Roy. Münchhausen Syndrome by Proxy Abuse perpetrated by men. **Archives of Disease in Childhood**, v. 78, p. 210-216, 1998.

MEADOW, Roy. The dangerousness of parents who have abnormal illness behavior. **Child Abuse Review**, v. 9, p. 62-67, 2000.

MEADOW, Roy. Different interpretations of Münchhausen syndrome by proxy. **Child abuse & neglect**, v. 26, n. 5, p. 501-508, 2002.

MELO, Isabela Moreira; DIAS, Amanda Furtado; AGUIAR, Laila Andressa de. Síndrome de Münchhausen por Procuração: desafios clínicos do diagnóstico precoce. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, e60011831365, 2022.

MOMMY DEAD AND DEAREST - Gypsy Rose Blanchard. Documentary. Direção: Erin Lee Carr. HBO, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LD8zn4KF95Q>. Acesso em: 15 jan 2023.

MYDLO, Jack H.; MACCHIA, Richard J.; KANTER, Jolie L. Münchhausen's syndrome: a medico-legal dilemma. **Medicine, Science and the Law**, v. 37, n. 3, p. 198-201, 1997.

NASCIMENTO, João Luiz. Common Law e Civil Law: da bifurcação à aproximação entre o direito dos juízes e o direito dos legisladores e uma leitura crítica da precedentalização do direito brasileiro. **Revista Brasileira de História do Direito**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 56-74, jul./dez. 2018.

NETO, Alfredo Cataldo Cataldo; DORNELLES, Fabíola. Pais homicidas e inimputabilidade: um estudo transdisciplinar. **Revista Brasileira de Direito**, v. 8, n. 2, p. 89-118, 2012.

NUNES, Leandro Gornicki. **Teoria da culpabilidade e alteridade**: um novo fundamento ético-material para a responsabilidade penal. 2017. Tese (Doutorado em Direito do Estado) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

OLIVEIRA, S. R. Introdução aos conceitos de mens rea e actus réus. **Canal de Ciências Criminais**, 2015. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.com.br/mens-rea-e-actus-reus/>. Acesso em 25 ago. 2022.

PACELLI, Eugênio; CALLEGARI, André. **Manual de direito penal**: parte geral. 4. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Grupo Gen-Atlas, 2018.

PALOMBA, Guido Arturo. **Perícia na psiquiatria forense**. São Paulo: Saraiva, 2017.

PARNELL, Teresa F.; DAY, Deborah O. (Ed.). **Münchhausen by proxy syndrome**: Misunderstood child abuse. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

PARNELL, Teresa F.; WILKINSON, R. The Criminal Prosecutor's Perspective. In: DAY, Deborah O. (Ed.). **Münchhausen by proxy syndrome**: Misunderstood child abuse. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

PASCOAL JR., Francisco et al. Infância, Velhice e Maus-Tratos: uma reflexão dessas relações sob o olhar da bioética. **Revista da SORBI**, v. 6, n. 2, 2018.

PUTHIN, Sarah Reis. Culpa(bilidade): da culpa em psicanálise à culpabilidade no direito penal. 2021. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

ROCHA, Patrícia Vieira de Melo Ferreira. **A importância da análise da culpabilidade como limite à expansão de um novo modelo penal de ocasião**. 2018. 173 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2018.

ROSENBERG, Donna A. Web of deceit: a literature review of Münchhausen syndrome by proxy. **Child abuse & neglect**, v. 11, n. 4, p. 547-563, 1987.

ROVERSI JÚNIOR, Antonio *et al.* **A culpabilidade como fator de delimitação da pena.** 2015. Dissertação (Mestrado em Direito Penal) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

ROXIN, Claus. **Derecho Penal:** Parte General – Tomo I. Madrid: Civitas, 2008.

SANDERS, Mary J.; BURSCH, Brenda. Forensic assessment of illness falsification, Münchhausen by proxy, and factitious disorder, NOS. **Child Maltreatment**, v. 7, n. 2, p. 112-124, 2002.

SHERIDAN, Mary S. The deceit continues: an updated literature review of Münchhausen syndrome by proxy. **Child abuse & neglect**, v. 27, n. 4, p. 431-451, 2003.

SIGAL, M.; GELKOPF, M.; LEVERTOV, G. Medical and legal aspects of the Münchhausen by proxy perpetrator. **Med. & Law**, v. 9, p. 739, 1990.

SILVA, Caio Gibaile Soares; BARROS, Alcina Juliana; TELLES, Lisieux Elaine de Borba. Perspectivas éticas e legais em perícias de psiquiatria forense. **Revista Bioética**, v. 30, p. 346-354, 2022.

SILVA, Heliane Maria; PRISZKULNIK, Léia. Síndrome de Münchhausen por Procuração, a Psicologia e a Psicanálise: Conhecer para suspeitar. **Psicología, Conocimiento Y Sociedad**, v. 3, n. 2, p. 155-170, 2013.

TANGERINO, Davi de Paiva Costa. **Apreciação Crítica dos Fundamentos da Culpabilidade a partir da Criminologia:** contribuições para um Direito penal mais ético. 2009. Tese (Doutorado em Direito Penal) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

TAVARES, Juarez. **Fundamentos de teoria do delito.** Florianópolis: Tirant lo Blanch, 2018. p. 366-370.

THE INSANITY Defense Among the States. **Findlaw**, Eagan, Thomson Reuters, 2019. Disponível em: <https://www.findlaw.com/criminal/criminal-procedure/the-insanity-defense-among-the-states.html>. Acesso em: 04 set. 2022.

UNAL, Esra Ozgun *et al.* A serial Münchhausen syndrome by proxy. **Indian journal of psychological medicine**, v. 39, n. 5, p. 671-674, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders:** clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.

YATES, Gregory; BASS, Christopher. The perpetrators of medical child abuse (Münchhausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. **Child abuse & neglect**, v. 72, p. 45-53, 2017.

YORKER, Beatrice Crofts *et al.* Serial murder by healthcare professionals. **Journal of forensic sciences**, v. 51, n. 6, p. 1362-1371, 2006.